

Pacto Vasco de Salud

Osasun Diagnosia

EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD

RECOPILACIÓN DE INFORMES
Documento de trabajo. Osakidetza



Índice

01

Diagnóstico Salud

Pág. 9

02

Escenarios Demográficos

Pág. 17

03

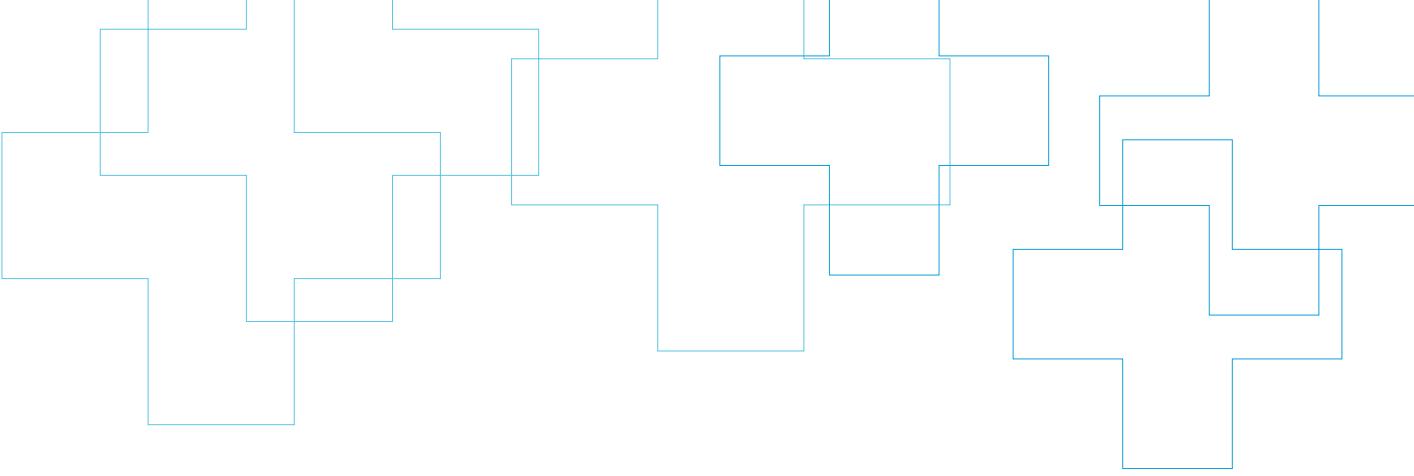
Proyecciones Poblacionales

Pág. 53

04

Diagnóstico Salud

Pág. 89



05

Mortalidad CAE

Pág. 123

06

Informe Situación Osakidetza

Pág. 155

07

Def. comparativa de Indicadores

Pág. 229

DIAGNÓSTICO DE SALUD Y NECESIDAD DE TRANSFORMACIÓN

La salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los ciudadanos, y el sistema de salud debe ser un reflejo del compromiso de la sociedad con el bienestar de sus habitantes. En Euskadi, la atención en salud se basa en principios de equidad, calidad y eficiencia, buscando siempre la mejora continua de la atención sanitaria y el bienestar social. En este documento, se plantea la necesidad de un Pacto Nacional de Salud que articule las diferentes políticas y programas en torno a una visión integral del sistema de salud.

Análisis de Situación

En esta sección, realiza una evaluación de la situación actual del sistema de salud. Puedes incluir:

- 1. Datos estadísticos:** Presenta cifras sobre salud pública, incidencia de enfermedades, acceso a servicios de salud y equidad.
- 2. Factores socioeconómicos:** Examina cómo la situación económica, social y cultural influye en la salud de la población.
- 3. Infraestructura de salud:** Evalúa el estado de los hospitales, clínicas y unidades de atención primaria.
- 4. Recursos humanos:** Analiza la disponibilidad y formación del personal sanitario.
- 5. Políticas y regulaciones existentes:** Revisa el marco legal y normativo actual en el sector salud.

Resumen: El sistema de salud y de cuidados sociosanitarios enfrenta desafíos significativos debido a cambios demográficos, el aumento de enfermedades crónicas, la aparición de enfermedades emergentes, y la demanda creciente de la sociedad. La globalización y las nuevas tecnologías suponen nuevos retos y oportunidades. Esta situación exige una transformación fundamental en la prestación de servicios de salud que asegure su sostenibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades a largo plazo.

● Desafíos sociodemográficos y epidemiológicos

El envejecimiento de la población por un aumento de la esperanza de vida, la baja natalidad y el incremento de enfermedades crónicas, son tendencias clave que afectan directamente la demanda de servicios sanitarios. Se prevé un aumento de demanda de servicios complejos para la atención de personas mayores con múltiples comorbilidades y en las necesidades de atención a la dependencia, lo que ejercerá una presión significativa sobre los recursos disponibles.

Existen condicionantes socioeconómicos de la salud con efectos marcados sobre la demanda. Las personas en áreas desfavorecidas tienen expectativas de vida significativamente más cortas y una mayor carga de enfermedad. Esto incrementa la presión en el sistema con más hospitalizaciones y consultas en comparación con áreas más favorecidas, lo que puede ser fuente de inequidades en la accesibilidad.

El cambio climático representa una amenaza creciente para la salud global, con impactos directos en la morbilidad y mortalidad a través de fenómenos como la contaminación, eventos climáticos extremos y la aparición de patologías emergentes. La necesidad de avanzar hacia un modelo de salud que incorpore la perspectiva de salud “one health”, es fundamental para mitigar los efectos adversos en la salud de la población.

● Impacto de la globalización y nuevas tecnologías

La globalización implica un aumento en la movilidad de personas y la difusión de enfermedades, exponiendo a nuestra población a riesgos globales como pandemias o crisis de cualquier tipo.

La digitalización y la introducción de nuevas tecnologías suponen una oportunidad para transformar la atención sanitaria, pero requieren de una integración efectiva en el sistema para poder desarrollar todo su potencial en forma de resultados en salud.

● Modelo de atención actual y necesidades futuras

El sistema actual está basado predominantemente en un modelo reactivo a la demanda de atención aguda para enfermedades episódicas, no para la prevención proactiva o para gestionar condiciones crónicas complejas. Existe evidencia de que un enfoque más proactivo, preventivo y comunitario sería más eficiente.

Desde un punto de vista organizativo, predominan modelos verticales basados en una excesiva burocratización y centralización en la toma de decisiones, así como una fragmentación en “silos” definidos por diferentes ámbitos asistenciales. Los mecanismos actuales de financiación no están diseñados para fomentar la integración de la atención sanitaria por diferentes proveedores y priman la actividad sobre los resultados. Este modelo implica **barreras para la continuidad en la atención a los usuarios**, y limita la autonomía de gestión de equipos multidisciplinares, dificultando la respuesta ágil, eficiente y adaptativa a las necesidades.

Sostenibilidad financiera

Existe una tendencia sostenida al **incremento continuo del gasto** debido a la introducción de nuevas tecnologías y terapias, a la mayor complejidad en la gestión de enfermedades crónicas, y al aumento de la demanda de la sociedad, lo que ha conducido a una infrafinanciación del sistema sanitario. Esta tendencia genera incertidumbre sobre la sostenibilidad del sistema en el tiempo.

Recomendaciones para la transformación del sistema

Es necesario implementar reformas estructurales que promuevan una atención más integrada, proactiva y centrada en la prevención, y orientada hacia el valor para los usuarios (obtener los mejores resultados en salud con un gasto sostenible). Esto requiere un pacto multisectorial que involucre a todos los actores clave, desde las administraciones hasta los profesionales sanitarios y la sociedad civil. La transformación debe priorizar la eficiencia, la equidad y la innovación tecnológica, siempre con un enfoque orientado a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

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.

Deben de generarse las condiciones laborales para facilitar que los **profesionales de la salud** se sientan comprometidos y tengan un papel activo en el diseño e implementación de nuevos modelos de atención. Además, es esencial **involucrar a los usuarios** en la gestión de su salud y de los recursos sanitarios mediante la educación y el fomento de la auto-gestión.

Los modelos de financiación deben estar alineados con las necesidades de la sociedad. Se necesita una estructura que recompense los **resultados en salud** y la eficiencia, en lugar de basarse fundamentalmente en la actividad.

La transformación del sistema requiere una **comunicación clara y honesta** con la sociedad sobre la necesidad de cambio, así como la promoción de un debate abierto que permita la participación de todas las partes interesadas.

Sin un cambio sistémico, un sistema crónicamente sobrecargado y con una capacidad de respuesta limitada, se verá forzado a reaccionar ante crisis recurrentes, lo que resultará en un deterioro continuo de los servicios, tal como ha ocurrido recientemente con la pandemia COVID-19.

Objetivos del Pacto Nacional de Salud:

- 1. Asegurar el acceso universal:** Garantizar que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, independientemente de su situación socioeconómica o lugar de residencia.
- 2. Mejora de la calidad asistencial:** Promover la excelencia en la atención sanitaria, asegurando que los estándares de calidad sean altos y estén continuamente mejorados.
- 3. Sostenibilidad del sistema:** Establecer medidas que aseguren la viabilidad a largo plazo del sistema de salud, enfocándose en la eficiencia, la innovación y el uso adecuado de los recursos.
- 4. Participación ciudadana:** Incluir la voz de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre políticas de salud, promoviendo la transparencia y el diálogo entre la administración y la población.
- 5. Prevención y promoción de la salud:** Fomentar políticas que prioricen la prevención y la promoción de hábitos saludables, abordando los determinantes sociales de la salud.

El Pacto Nacional de Salud en Euskadi debe ser un compromiso conjunto, donde se involucre a todos los actores sociales, políticos y sanitarios. La construcción de un modelo de salud sostenible, equitativo y centrado en el paciente es vital para garantizar el bienestar de la población de Euskadi en el futuro. Es imprescindible actuar de manera coordinada y proactiva para afrontar los retos actuales y asegurar un sistema de salud de calidad para todos.

1. Los Escenarios Demográficos

Construir escenarios demográficos a medio y largo plazo constituye una práctica habitual de las oficinas y organismos estadísticos. Su finalidad es constatar el efecto de diferentes evoluciones de los fenómenos demográficos (mortalidad, fecundidad y migraciones) sobre el tamaño, los componentes del crecimiento y la estructura por edades de la población. En este ejercicio proyectivo se construyen seis escenarios de futuro de la población de la C.A. de Euskadi y de sus Territorios Históricos para el periodo 2016-2061.

1.1 Definición de los escenarios

En la construcción de los escenarios se formula una hipótesis central sobre la evolución a largo plazo de los fenómenos demográficos, y se elaboran hipótesis alternativas para cada uno de ellos. Las hipótesis centrales toman como punto de referencia la proyección de la población de la C.A. de Euskadi y de sus Territorios Históricos para el periodo 2016-2031 de Eustat, prolongando al horizonte del año 2061 las tendencias de evolución futura de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones previstas en esa proyección. En relación con la mortalidad se formulan dos hipótesis alternativas, una considera un menor ritmo de mejora en las tasas de mortalidad y la otra postula ganancias más significativas en la longevidad respecto de la evolución prevista en la hipótesis central. En la fecundidad se opera de idéntica manera elaborando hipótesis de menor o mayor recuperación de los niveles de fecundidad en torno de la hipótesis media. Finalmente, en las migraciones se establecen dos hipótesis alternativas sobre saldo migratorio neto a medio y largo plazo relacionando factores demográficos y de participación laboral.

Las hipótesis sobre mortalidad, fecundidad y migraciones se combinan con el fin de construir cinco escenarios alternativos, además del de referencia, llamado escenario “uno” (Tabla 1.1), el cual se elabora con las hipótesis medias de evolución de los fenómenos demográficos, considerándose como una prolongación de la proyección de población del periodo 2016-2031, y constituyendo el marco de referencia a partir del cual se articulan el resto de los escenarios. En los escenarios denominados “dos” y “tres” se utilizan las hipótesis medias de inmigración y emigración, y se alternan las hipótesis alternativas de mortalidad y fecundidad: en el “dos” se combina la hipótesis alta de fecundidad con la de menor esperanza de vida, mientras que en el “tres” se procede en sentido contrario combinando la hipótesis de menor fecundidad con la de mayor longevidad. Los resultados de estos dos escenarios son similares a los del escenario “uno” en términos de las cifras totales de población, pero difieren sustancialmente en sus estructuras etarias. Los escenarios “cuatro” y “cinco” se

Escenarios Demográficos

basan en las hipótesis medias de fecundidad y de mortalidad, modificándose el saldo migratorio del escenario “uno” a partir del año 2031 con el objetivo de que, una vez alcanzadas altas tasas de participación laboral, el factor demográfico permita garantizar una cifra de 1 millón de ocupados (“cuatro”) o una ratio de un ocupado por cada persona de 15 o más años no ocupada (“cinco”). Por tanto, estos dos escenarios son idénticos al “uno” hasta el año 2031, pero desembocan en cifras más altas de población a partir de esa fecha, al considerar un flujo de inmigración adicional. Por último se ha creado un escenario instrumental, basado en las hipótesis medias de mortalidad y fecundidad, y un supuesto de ausencia de migraciones (escenario “seis”). Su finalidad es constatar la capacidad de crecimiento “endógeno” de la población, al tiempo que contrastar sus resultados con los de los otros escenarios permite cuantificar el efecto que en ellos tienen las migraciones.

Tabla 1
Parámetros de los escenarios demográficos de la C.A. wde Euskadi

		Escenario						
		Observado	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
Esperanza de vida Hombres	2014-15	80,3						
	2030		83,7	82,8	84,5	83,7	83,7	83,7
	2060		88,8	85,8	91,8	88,8	88,8	88,8
Esperanza de vida Mujeres	2014-15	86,2						
	2030		88,8	87,8	89,6	88,8	88,8	88,8
	2060		92,2	89,2	92,2	92,2	92,2	92,2
Número medio de hijos por mujer	2014-15	1,36						
	2030		1,53	1,59	1,47	1,53	1,53	1,53
	2060		1,72	2,03	1,39	1,72	1,72	1,72
Saldo migratorio (en promedio quinquenal)	2011-2015	12.973						
	2016-2030		29.505	29.552	29.499	29.505	29.505	0
	2031-2060		39.247	37.584	41.070	58.640	67.795	0

1.2 Evolución de la población y componentes del crecimiento

El cambio de siglo representó una ruptura en la evolución de la población vasca al revertirse la dinámica demográfica regresiva de las dos décadas precedentes para iniciar una etapa de crecimiento, alcanzando un máximo de 2,18 millones de habitantes en 2012, fruto básicamente de la inmigración procedente del extranjero y de una recuperación de la natalidad. En el periodo más reciente, la inversión del signo del crecimiento natural y la caída en los flujos de entrada del exterior provocaron una ligera reducción y posterior estabilización de la población hasta los 2,17 millones de residentes de principios de 2016.

El escenario “uno” dibuja un panorama de relativa estabilidad de la población total de la C.A. de Euskadi, con cifras a largo plazo de alrededor de 2,2 millones de personas (Tabla 1.2 y Gráfico 1.1). Los escenarios “dos” y “tres”, que difieren en la mortalidad y la fecundidad del escenario “uno”, conducen a una evolución y a unos totales de población similares a los del escenario “uno” al basarse en idénticos supuestos migratorios. Esos totales de población, sujetos a unas profundas alteraciones en su estructura por edades, no serían suficientes para garantizar a largo plazo determinados volúmenes o ratios de ocupación, requiriéndose de un mayor flujo de inmigración con el consiguiente incremento de la población hasta 2,35 o 2,42 millones, tal como se desprende de los resultados de los escenarios “cuatro” y “cinco” para el año 2061. La comparación con el escenario sin migraciones (“seis”), con una reducción de más de 430.000 personas entre 2016 y 2061, muestra que para mantener cifras de población similares a las actuales se requiere de aportes de población significativos por migraciones, ya que todos los escenarios se caracterizan por un crecimiento vegetativo negativo y decreciente todos los años del periodo.

Tabla 1-2

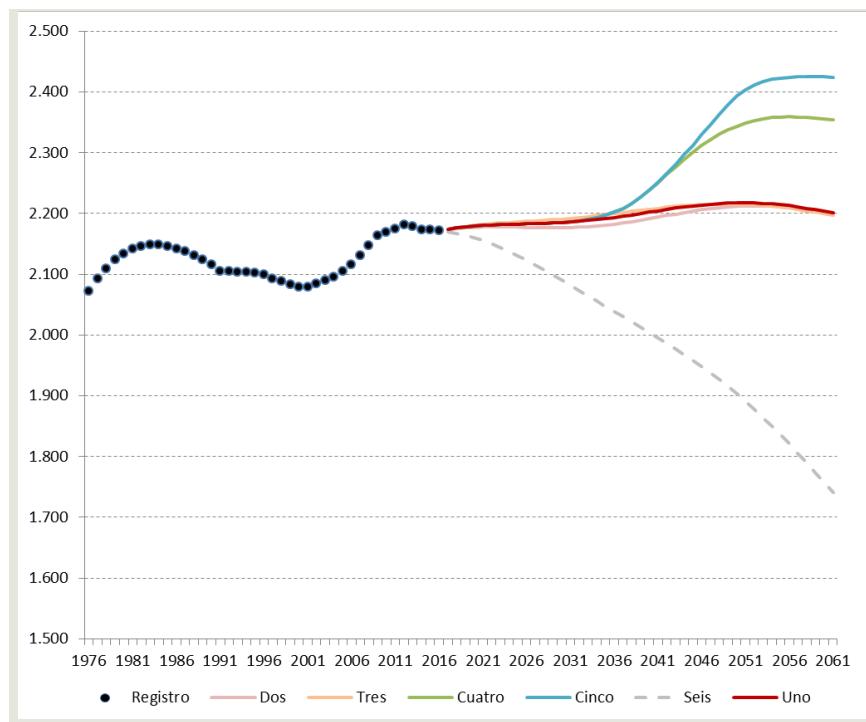
Proyección de la población de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 2016-2061.

	Observado	Escenario					
		Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
2016	2.171,9						
2021		2.180,1	2.177,6	2.181,7	2.180,1	2.180,1	2.155,6
2026		2.183,0	2.177,2	2.186,9	2.183,0	2.183,0	2.123,1
2031		2.186,2	2.177,0	2.192,0	2.186,2	2.186,2	2.082,0
2036		2.193,4	2.182,2	2.199,7	2.201,9	2.201,9	2.038,8
2041		2.204,3	2.193,7	2.208,6	2.250,7	2.251,4	1.995,6
2046		2.214,1	2.206,3	2.214,6	2.311,8	2.328,9	1.948,1
2051		2.217,7	2.212,6	2.214,9	2.348,9	2.403,8	1.890,8
2056		2.212,8	2.209,4	2.208,7	2.358,9	2.424,0	1.821,1
2061		2.200,7	2.199,5	2.196,5	2.353,8	2.423,8	1.741,6

Escenarios Demográficos

Gráfico 1-1

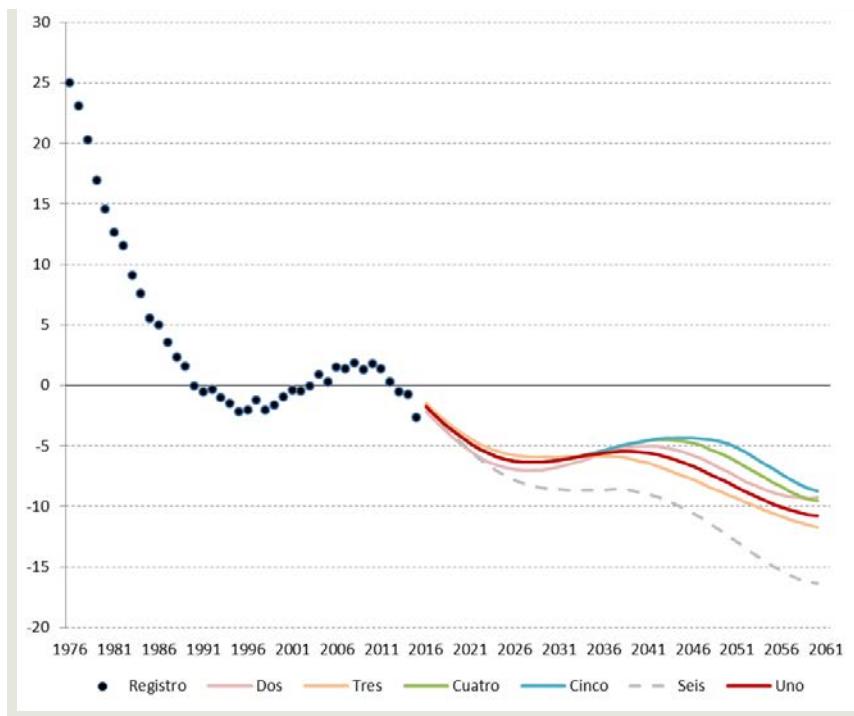
Evolución y proyección de la población de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 1976-2061.



La dinámica demográfica de la C.A. de Euskadi se caracterizará por un crecimiento natural de signo negativo desde el corto plazo (Tabla 1.3 y Gráfico 1.2). En el escenario “uno” a partir de la tercera década de este siglo la diferencia entre nacimientos y defunciones reduce la población en más de 5.000 personas/año, para alcanzar unos saldos negativos de más de 10.000 personas/año en el último quinquenio, lo que en términos acumulados se traduce en una pérdida de 295.000 habitantes entre 2016 y 2061. Unos mayores flujos de inmigración en el medio y largo plazo permitirían paliar y retrasar en parte esas pérdidas, aunque continuarían siendo de elevada magnitud, del orden de 258.000 personas en el escenario “cuatro” y de 243.000 en el “cinco”. En sentido contrario, si no se produjese migraciones, o los saldos fuesen menos positivos, se acentuaría la tendencia a saldos naturales cada vez más negativos, con especial intensidad a partir de la cuarta década de este siglo, con una pérdida de más de 430.000 personas en el conjunto del periodo (escenario “seis”). La comparación de los resultados de los diferentes escenarios muestra que los niveles de mortalidad y de fecundidad pueden en parte modular la tendencia de fondo a un crecimiento natural cada vez más negativo, pero no revertirla ya que en gran medida se debe a la estructura demográfica de la población vasca y al impacto que ésta ejercerá sobre los niveles futuros de mortalidad y natalidad.

Gráfico 1-2

Evolución y proyección del crecimiento natural de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 1976-2061.



A esa pérdida de población por crecimiento natural contribuye, en primer lugar, el sostenido incremento que se producirá en las cifras de defunciones a medida que vayan accediendo a edades avanzadas generaciones nacidas en períodos de alta natalidad, y cuyos individuos han sobrevivido y sobrevivirán en mayor proporción a esas edades (Gráfico 1.3). Al final del periodo proyectado, en el escenario “uno” las defunciones superan en un 41% a las registradas en la actualidad, variando dicho incremento entre el 29% si se diesen mayores avances en la longevidad (“tres”) y el 52% en el supuesto de unas menores ganancias de años de vida (“dos”).

Tabla 1-3

Crecimiento natural de la población de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 2016-2061.

	Escenario					
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
2016-20	-17,7	-13,6	-15,2	-15,2	-16,3	-15,2
2021-25	-31,0	-25,4	-27,6	-27,6	-32,5	-27,6
2026-30	-34,8	-29,4	-31,4	-31,4	-41,1	-31,4
2031-35	-31,5	-29,2	-29,3	-29,3	-43,1	-29,6
2036-40	-26,4	-29,9	-25,0	-25,0	-43,2	-27,3
2041-45	-25,9	-34,7	-22,6	-22,0	-47,5	-29,6
2046-50	-32,2	-42,0	-26,4	-22,7	-57,3	-36,7
2051-55	-41,1	-49,8	-35,7	-29,9	-69,7	-45,5
2056-60	-46,0	-56,4	-45,2	-40,4	-79,5	-52,2

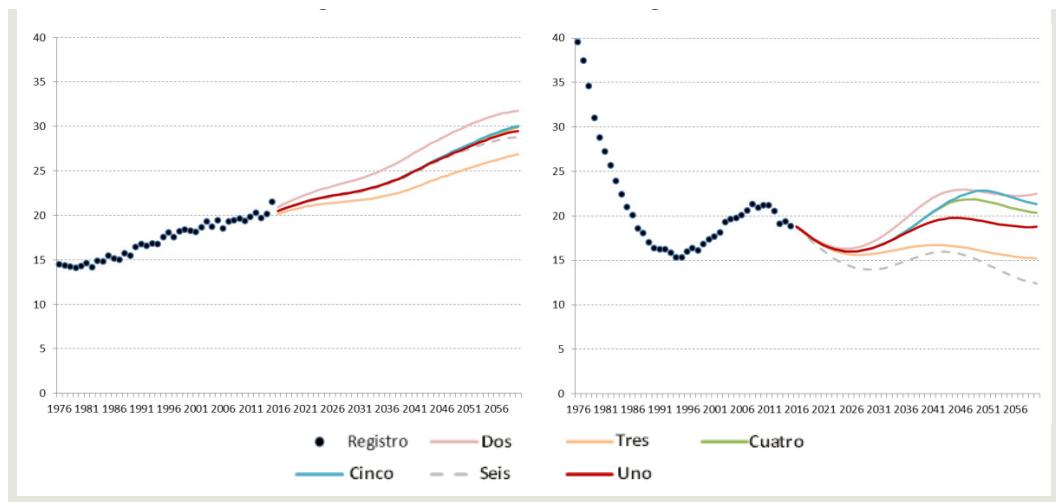
A ese aumento de las defunciones se le superpone una evolución del número de nacimientos que estará muy condicionada por la caída de los efectivos de mujeres en edades secundas en las próximas décadas, provocando que los incrementos previstos en la fecundidad no se traduzcan en aumentos significativos en las cifras de nacidos. Las cifras de potenciales madres durante todos los años de la proyección son inferiores a las registradas en la actualidad en todos los escenarios. En el “uno” la población femenina de 25 a 39 años, edades en que se concentra la mayor parte de la fecundidad, se reduce un 19% entre 2016 y 2061, con una pérdida de más de 38.000 mujeres. Unos mayores flujos migratorios, como los del escenario “cinco”, permitirían amortiguar ese descenso, pero no evitar que la reducción de la población femenina en esas edades fuese del 9%. El escenario de ausencia de migraciones (“seis”) muestra el impacto que sobre la evolución de ese segmento de población tiene, en un primer momento, la llegada a esas edades de generaciones menos numerosas (las nacidas en las dos últimas décadas del siglo pasado) y, posteriormente, la persistencia de bajos niveles de natalidad, con una reducción sostenida y continuada de la población femenina de 25 a 39 años hasta alcanzar una cifra en 2061 un 48% inferior a la de 2016, lo que equivale a 95.000 mujeres menos en esas edades. La evolución de los efectivos de mujeres en edad fértil explica también las oscilaciones que se producirán en las cifras de nacidos, que son comunes a todos los escenarios hasta el medio plazo. En el corto plazo, a pesar de recuperarse la fecundidad, continuará la tendencia iniciada en los últimos años de reducción de los nacimientos, al encontrarse en edad de ser madres las generaciones nacidas entre mediados de los años ochenta y noventa del siglo pasado, siendo durante esos años la cifra de nacimientos cercana a los mínimos registrados a mediados de los años noventa.

En el escenario “uno”, en el que se alcanzan los 1,72 hijos por mujer, se prevé una cifra próxima a los 816.000 nacidos en el conjunto del periodo, con una evolución fluctuante en el rango de los 16.000 a los 20.000 nacimientos anuales, es decir ligeramente por encima de los mínimos históricos de mediados de los años noventa del siglo pasado y por debajo de los máximos recientes de finales de la primera década de este siglo. Una parte de esos nacimientos se deben al efecto indirecto de la migración sobre la natalidad, ya que de no producirse migraciones la cifra de nacidos de 2016 a 2060 se situaría en los 673.000 (escenario “seis”). Por su parte, los escenarios “dos” y “tres” muestran el efecto de distintos niveles de fecundidad tanto en la natalidad del momento como en la de décadas posteriores, al determinar el número futuro de madres. En un escenario de persistencia de una baja fecundidad, como el propuesto en el “tres” (1,39 hijos por mujer en 2060), los nacimientos se estabilizarían alrededor de los 15.000 anuales, mientras que en un contexto de recuperación más intensa de la fecundidad, como en el escenario “dos” (2 hijos por mujer), se alcanzarían los 22.000-23.000 nacimientos anuales en el medio y largo plazo. Esas cifras serían también alcanzables con los niveles de

fecundidad del escenario “uno” si se diese una mayor aportación de población por migración como la postulada en los escenarios “cuatro” y “cinco”.

Gráfico 1-3

Evolución y proyección de las defunciones y de los nacimientos de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 1976-2061.



En la relación con las migraciones, un flujo medio en torno de los 36.000-37.000 inmigrantes año y una estabilidad en la propensión a emigrar de la población vasca, tal como se propugna en el escenario “uno”, permitirían compensar las pérdidas de población por saldo vegetativo, tanto de forma directa, aportando población, como indirecta, fomentando la natalidad. Para el conjunto del periodo 2016-2060 supone una aportación neta total de 324.000 personas, lo que representa algo más de 7.000 personas/año, que es una cifra similar al promedio registrado de 2005 a 2014, cuando se alternan años de bonanza y de crisis económica.

Esos saldos migratorios serían crecientes con el tiempo, al pasar de algo más de 23.000 personas en el primer quinquenio a 40.000 en el último, ya que el flujo de inmigrantes se mantiene relativamente constante pero descienden las salidas al exterior de la C.A. de Euskadi al reducirse los efectivos de población en las edades con propensiones a emigrar más altas (Tabla 1.4 y Gráfico 1.4).

El efecto de la estructura por edades sobre el flujo de emigración explica las ligeras diferencias que se observan en los saldos migratorios entre el escenario “uno” y los escenarios “dos” y “tres”, que se basan en los mismos supuestos migratorios. En el escenario “dos” el saldo migratorio total es inferior (314.000 personas) al ser mayor el número de emigrantes debido a una estructura demográfica con mayor peso relativo de la población en las edades adultas, mientras que en el “tres” la aportación por migraciones es mayor (335.000 personas) ya que el flujo de salidas es menor al tratarse de una población más envejecida.

Escenarios Demográficos

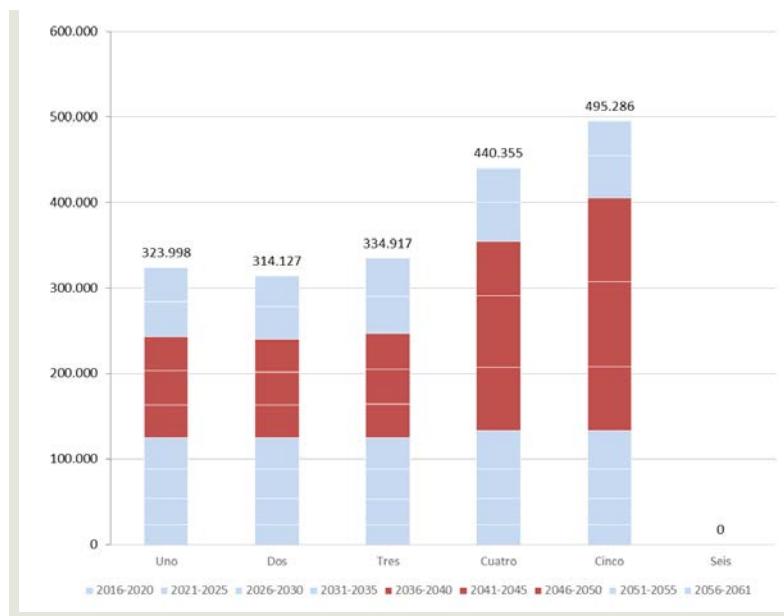
Tabla I-4

Crecimiento migratorio de la población de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos, 2016-2061.

	Escenario					
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
2016-20	23,4	23,4	23,4	23,4	23,4	0,0
2021-25	30,5	30,6	30,5	30,5	30,5	0,0
2026-30	34,6	34,6	34,6	34,6	34,6	0,0
2031-35	36,8	36,7	36,9	45,0	45,0	0,0
2036-40	38,3	37,9	38,8	73,8	74,5	0,0
2041-45	39,4	38,4	40,6	83,8	99,4	0,0
2046-50	40,3	38,5	42,3	63,5	97,6	0,0
2051-55	40,6	37,9	43,6	45,7	50,1	0,0
2056-60	40,1	36,1	44,2	40,1	40,1	0,0

Gráfico I-4

Proyección de los saldos migratorios por quinquenios de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos.



A pesar de la magnitud acumulada de esos saldos migratorios, los cambios en la estructura demográfica de la población provocarían que no fuesen suficientes para garantizar a medio y largo plazo los dos objetivos de ocupación establecidos, el del millón de ocupados (“cuatro”) y el de la ratio de un ocupado por cada no ocupado mayor de 15 años (“cinco”). Para alcanzarlos se precisaría de flujos suplementarios de inmigración, básicamente entre 2036 y 2050, del orden de 118.000 inmigrantes más en el escenario “cuatro” y de 171.000 en el “cinco”, alcanzándose en ese último escenario saldos migratorios netos quinqueniales de casi 100.000 personas en la década de los años cuarenta.

1.3 La estructura por edad de la población

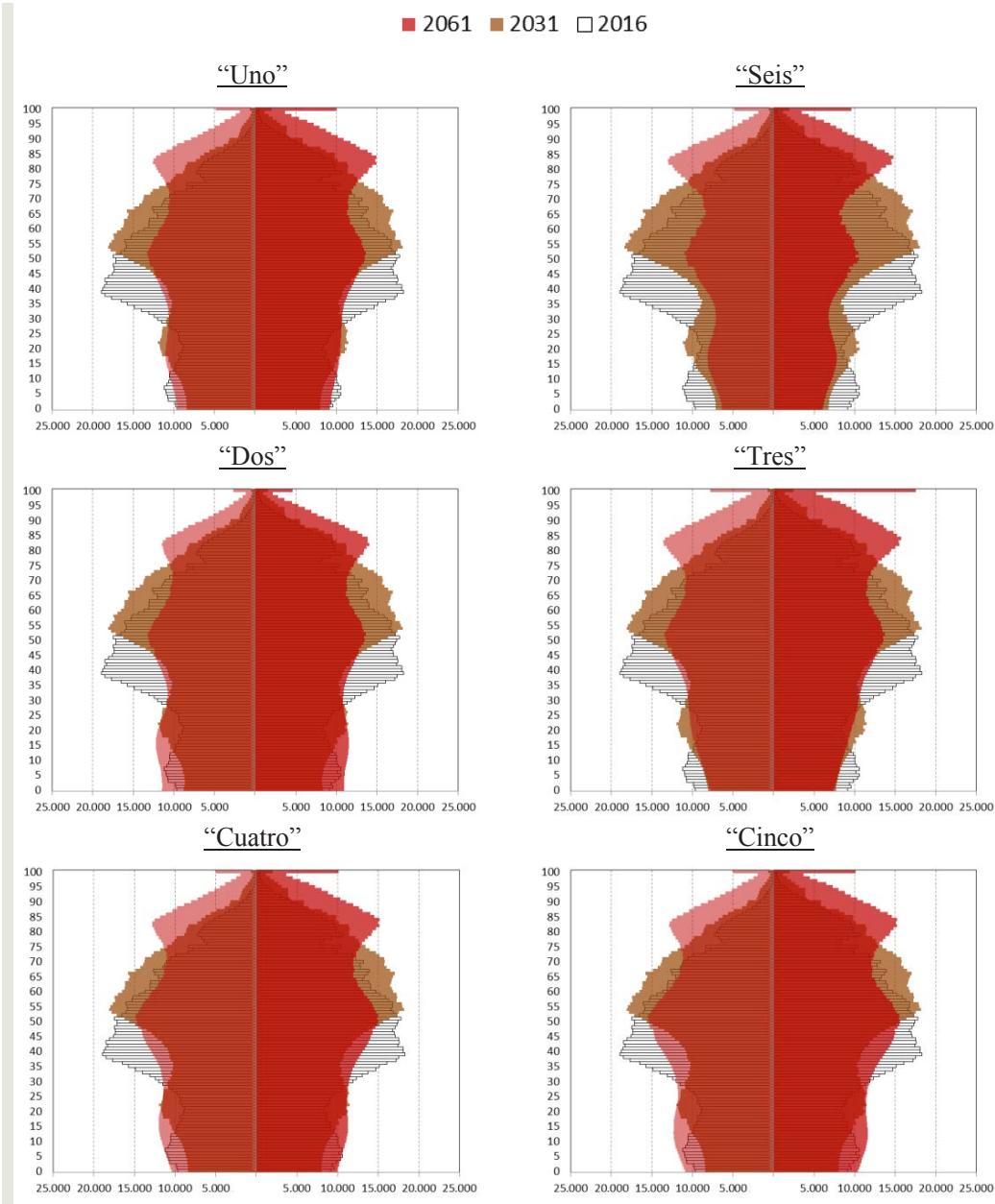
La pirámide de población de 2016 sintetiza las principales características de la evolución demográfica de la C.A. de Euskadi en las últimas décadas. En primer lugar, el efecto de la abrupta caída de la natalidad desde mediados de los años setenta, y de sus oscilaciones más recientes, con un angostamiento de la base de la pirámide. En comparación con mediados de los años setenta del siglo pasado la población menor de 15 años se ha reducido un 47%, con una pérdida de 273.000 personas, y la de 15 a 39 años un 23%, con una reducción de 177.000 efectivos. En segundo lugar, la presencia en las edades centrales, entre los 40 y 55 años, de las generaciones numerosas nacidas en los períodos de alta natalidad, ubicándose en esa franja de edades el 24% de la población en 2016, cuando cuatro décadas atrás concentraba el 19%. Finalmente, los avances en la longevidad han permitido que un mayor porcentaje de los miembros de cada cohorte alcance edades más avanzadas y sobreviva más años provocando un ensanchamiento de la pirámide por su cúspide. En las últimas cuatro décadas la población de 65 y más años ha aumentado un 170%, al tiempo que se producía un proceso de feminización y progresivo sobrevejecimiento de su estructura interna al darse los mayores incrementos relativos en los grupos de más edad y en las mujeres.

En las próximas décadas se ahondará en la transformación de la pirámide de población de la C.A. de Euskadi (Gráfico 1.5 y Tabla 1.5). Esos cambios responden, en gran medida, a la fuerte inercia que caracteriza a las estructuras demográficas: por un lado, el desplazamiento por el perfil de la pirámide de generaciones con importantes diferenciales numéricos debido a las oscilaciones en los niveles de natalidad de las décadas precedentes; por otro, la interrelación que se establece entre las estructuras poblacionales y los fenómenos demográficos. Esas inercias provocan que las pirámides de los diferentes escenarios presenten, sobre todo en el medio plazo, rasgos comunes: a) el progresivo ensanchamiento de su cúspide a medida que vayan accediendo las cohortes numerosas que en la actualidad se ubican en las edades adultas; b) la persistencia de una base angosta, ya que la recuperación de la fecundidad, incluso en los supuestos más favorables, no será suficiente para compensar la contracción de los efectivos de potenciales madres; y, c) la fuerte pérdida de población en las edades adultas por la paulatina sustitución de las generaciones plenas de los años sesenta y setenta por las vacías nacidas en las dos últimas décadas del siglo pasado. A más largo plazo, si bien persisten rasgos comunes, se constata una mayor diferenciación en las estructuras demográficas debido al efecto acumulativo de las hipótesis de mortalidad, fecundidad y migraciones a medida que transcurre el tiempo.

Escenarios Demográficos

Gráfico I-5

Pirámides de población 2016, 2031 y 2061 de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos.



La pirámide del escenario “uno” en el año 2061, a diferencia de la actual, se caracteriza por menores alteraciones en su perfil, ya que las generaciones más numerosas habrán visto parte de sus efectivos mermados por la mortalidad mientras que las cohortes más jóvenes habrán nacido en décadas con niveles de natalidad relativamente estables provocando que la base de la pirámide adquiera una forma cilíndrica. La combinación de avances en longevidad y generaciones plenas ensanchará la cúspide de la pirámide con un incremento de la población de 65 y más años del 58% entre 2016 y 2061, equivalente a 270.000 mayores más. A pesar de la aportación de población por migraciones prevista en este escenario, con un saldo migratorio neto de 324.000 personas para el conjunto del periodo, la llegada a edades adultas de las generaciones nacidas en períodos de baja natalidad, y la salida de ellas de cohortes numerosas, provocará una fuerte caída de los efectivos de población entre los 30 y los 64 años, del orden de 274.000 habitantes (un 25% menos) entre 2016 y 2061. Por su parte, la base de la pirámide tenderá a estabilizarse alrededor de los 19.000 efectivos en cada edad simple, siendo la cifra total de población menor de 15 años ligeramente inferior a la actual, de poco menos de 300.000 personas. Esta dispar evolución de los diferentes segmentos de edad entre 2016 y 2061 se traducirá en una estabilidad del peso de los jóvenes, en torno del 14% del total, en una reducción superior a 11 puntos del de la población adulta (del 64,5 al 53,0%) y en un incremento de la participación de la población de 65 y más años, que en 2061 englobará a 1 de cada 3 residentes en la C.A. de Euskadi, y especialmente de los más mayores con un 11,6% de población de 85 y más años en 2061. Esas tendencias se traducen en un fuerte incremento de la edad media de la población entre 2016 y 2046, de los 44,8 a los 49,5 años, y su estabilización a más largo plazo ligeramente por debajo de los 50 años.

Tabla 1-5

Proyección de la población de la población de la C.A. de Euskadi por grandes grupos de edad según diferentes escenarios demográficos, 2016 y 2061.

Escenario													
	2016	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
Menores de 15 años	305,1	264,9	268,7	261,1	264,	264,9	234,1	298,6	344,8	252,5	329,3	345,1	209,4
De 15 a 39 años	587,3	543,6	543,6	543,7	543,6	543,6	484,2	542,0	566,0	517,8	583,7	605,0	373,3
De 40 a 64 años	814,4	761,6	760,3	762,5	761,6	761,6	742,8	624,5	621,6	626,8	687,3	714,5	476,5
De 64 a 84 años	390,8	503,1	498,1	506,8	503,1	503,1	508,8	481,0	461,8	496,3	496,3	501,2	429,2
De 85 o más años	74,4	112,9	106,4	117,9	112,9	112,9	112,0	254,5	205,3	303,1	257,2	257,9	253,2
Total	2171,9	2186,2	2177,0	2192,0	2186,2	2186,2	2082,0	2200,7	2199,5	2196,5	2353,8	2423,8	1741,6
Menores de 15 años	14,0%	12,1%	12,3%	11,9%	12,1%	12,1%	11,2%	13,6%	15,7%	11,5%	14,0%	14,2%	12,0%
De 15 a 39 años	27,0%	24,9%	25,0%	24,8%	24,9%	24,9%	23,3%	24,6%	25,7%	23,6%	24,8%	25,0%	21,4%
De 40 a 64 años	37,5%	34,8%	34,9%	34,8%	34,8%	34,8%	35,7%	28,4%	28,3%	28,5%	29,2%	29,5%	27,4%
De 64 a 84 años	18,0%	23,0%	22,9%	23,1%	23,0%	23,0%	24,4%	21,9%	21,0%	22,6%	21,1%	20,7%	24,6%
De 85 o más años	3,4%	5,2%	4,9%	5,4%	5,2%	5,2%	5,4%	11,6%	9,3%	13,8%	10,9%	10,6%	14,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En un contexto de ausencia de migraciones, tal como se postula en el escenario “seis”, la pérdida de población se vería acompañada por una fuerte contracción de la base de la pirámide y por una abrupta caída de los efectivos adultos. A pesar del aumento de la fecundidad hasta 1,7 hijos por mujer, la continuada reducción de potenciales madres abocaría a un descenso continuado de los nacimientos, con la consiguiente reducción de los efectivos de menores de 15 años del 31%, de los 305.000 de 2016 a los 209.000 de 2061. Esa caída de la natalidad impactaría en el largo plazo sobre la evolución de los efectivos de población adulta, acentuándose aún más el efecto de sustitución de generaciones plenas por vacías, con una pérdida de más de medio millón de personas en edad de trabajar, situándose la población de 15 a 64 años en torno de las 883.000 personas en 2061. En este escenario se dan los mayores niveles de envejecimiento con una reducción de 16 puntos de la población de 20 a 64 años, del 64,5 al 48,8%, y un aumento de 18 puntos de las personas mayores, que en 2061 serían 4 de cada 10 residentes en la C.A. de Euskadi. La edad media de la población sobrepasaría los 53 años en 2061, y una cuarta parte de la población vasca tendría 77 o más años.

En los escenarios “dos” y “tres” los totales de población son similares a los del escenario “uno”, pero las estructuras demográficas difieren sobre todo a medio y largo plazo. Las diferencias se localizan en los extremos de la pirámide y sus resultados permiten cuantificar el rango de variación de la población en esas edades en función de distintas evoluciones de la mortalidad y la fecundidad:

- El efecto de la mortalidad se traduce en una población de 65 y más años que oscilaría en 2061 de las 667.000 personas del escenario “dos” a las 799.000 del “tres”, es decir una diferencia de un 20% en función de los avances que se den en la longevidad. Al concentrarse las mejoras en la supervivencia en las edades avanzadas, las mayores diferencias se localizan en los grupos de más edad, con una población de 85 y más años de 205.000 personas en el “dos” y de 303.000 en el “tres”, es decir incrementos en relación con 2016 del 176 y del 307%, respectivamente.
- El efecto de la fecundidad se refleja en la variabilidad de los efectivos de población menor de 15 años, pero a más largo plazo también en los de población adulta-joven. En 2061 la población de menos de 15 años variaría de las 345.000 personas del escenario “dos” y a las 253.000 del “tres”, es decir una diferencia entre escenarios del 37%. La magnitud de esa diferencia se explica por el efecto diferido de los niveles de fecundidad de un periodo sobre la natalidad veinte/treinta años más tarde al determinar los efectivos de mujeres en edad de ser madres. Por tanto, sólo una recuperación desde el corto plazo y significativa de la fecundidad, tal como se postula en el escenario “dos”, permitiría una recuperación de los efectivos de población infantil, mientras que la persistencia de una baja fecundidad abocaría a una progresiva contracción de la base de la pirámide, incluso en una situación de importantes saldos migratorios positivos.

En relación con la distribución relativa de la población, en el año 2061 la población menor de 15 años oscilaría entre el 11,5% del escenario “tres” y el 15,7% del “dos”, mientras que la población de 65 y más años se situaría entre el 30,3% del escenario “dos” y el 36,4% del “tres”, es decir entre 9 y 15 puntos porcentuales más que en 2016. En el escenario “dos” la edad media de la población alcanza un máximo de 48,6 años en 2041, para reducirse posteriormente hasta 47,3 años en 2061, mientras que en el “tres” es de crecimiento sostenido superándose los 52 años al final del periodo.

En los escenarios “dos” y “tres”, la aportación suplementaria de población por inmigración a partir del año 2031 se traduce en un efecto directo sobre los efectivos de población en las edades adultas y en uno indirecto sobre la base de la pirámide, de mayor intensidad en el “cinco”. Ese saldo migratorio más elevado permitiría que, a diferencia del escenario “uno”, la población menor de 15 años se situase en 2061 por encima de las cifras del año 2016, con un incremento de 50.000 personas en el “cuatro” y de 68.000 en el “cinco”, manteniéndose además su peso en el conjunto de la población en torno del 14%. La mayor inmigración prevista en estos escenarios no evitaría que la población de 15 a 64 años se redujese entre 2016 y 2061, aunque se amortiguarían en parte las pérdidas, con una reducción del 9% en el escenario “cuatro” y del 6% en el “cinco”. En ambos escenarios la edad media de la población se incrementa paulatinamente hasta los 49 años en el 2038, para estabilizarse en ese valor en el escenario “cuatro” y reducirse en torno de medio año en el “cinco”.

La evolución de la población por grandes grupos de edad presenta tendencias estructurales, debidas al tránsito por las sucesivas edades de cohortes con grandes diferenciales numéricos, que podrán ser moduladas en parte en función del comportamiento futuro de los distintos fenómenos demográficos (Gráfico 1.6).

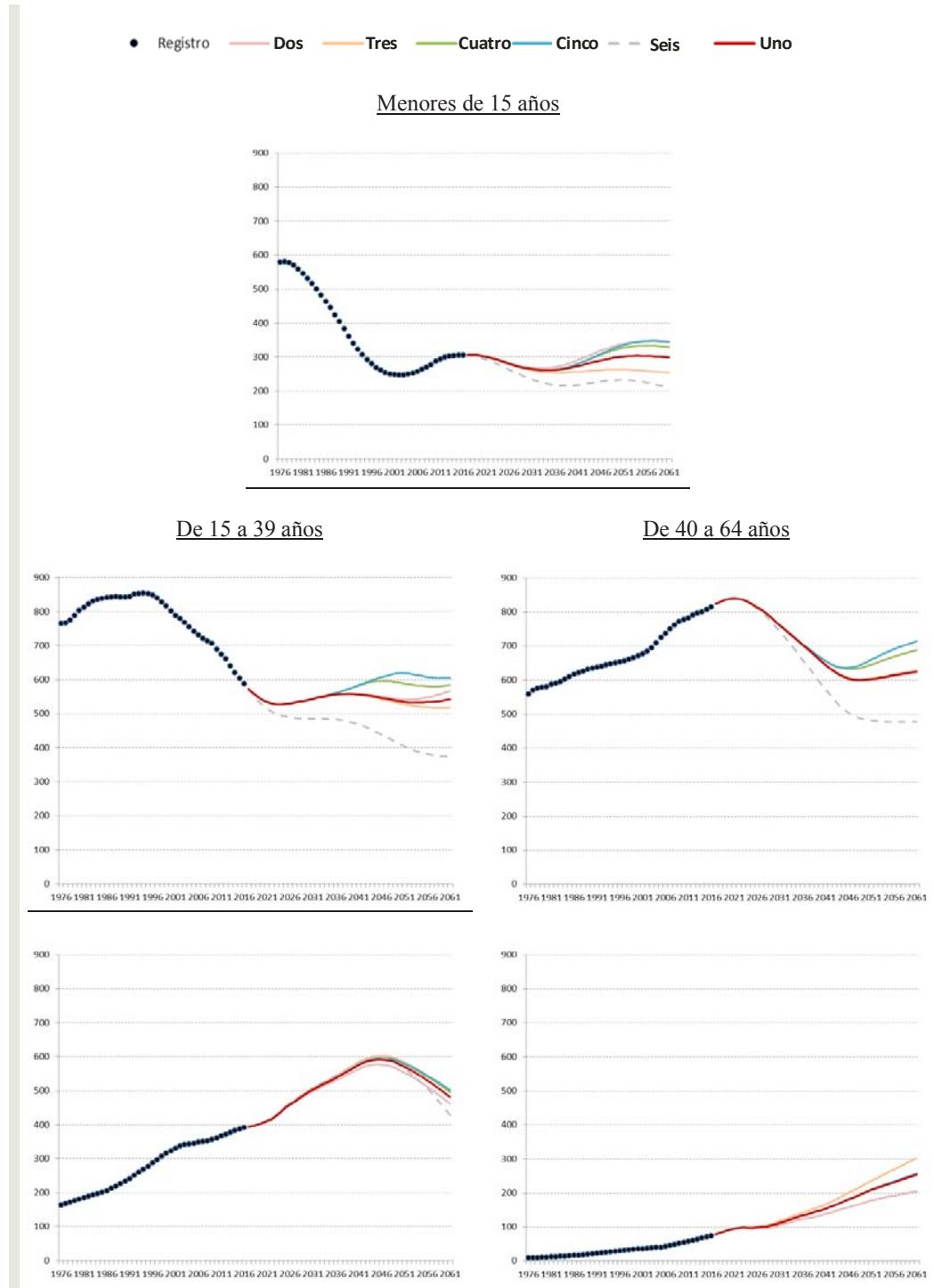
- La población de 0 a 14 años presenta una evolución fluctuante en función de los niveles de natalidad de los quince años previos. A corto y medio plazo se prevé una reducción de sus efectivos, que en los escenarios de ausencia de migraciones (“seis”) y de persistencia de una baja fecundidad (“tres”) se prolongaría en el largo plazo, mientras que con la fecundidad y la migración del escenario “uno” se alcanzarían al final del periodo cifras similares a las actuales, de unas 300.000 personas. Sólo una recuperación más intensa de la fecundidad (“dos”) o una mayor migración (“cinco”) permitirían alcanzar en 2061 unos volúmenes de población equivalentes a los de principios de los años noventa del siglo pasado, de 345.000 personas.
- La evolución de la población de 15 a 39 años vendrá condicionada en el corto plazo por la presencia en esas edades de las generaciones poco numerosas nacidas a finales del siglo pasado y a más largo plazo por la persistencia de unos bajos niveles de natalidad, lo que provocará que se stabilicen sus efectivos. En el escenario “uno” la población oscila en el rango de las 530-560.000 personas durante todo el periodo. Otros niveles de fecundidad ejercerían un efecto moderado y demorado en el tiempo, ya que en el escenario de menor fecundidad sus efectivos al final del periodo serían de 518.000

personas y en el de mayor fecundidad de 566.000. Para que a medio y largo plazo se mantuviesen efectivos similares a los actuales se requerirían aportes suplementarios de población por migración como los previstos en el “cuatro” y en el “cinco”. La situación contraria, la ausencia de migraciones, desembocaría en un continuado decrecimiento, por debajo de las 400.000 personas a partir de mediados de siglo.

- En la población de 40 a 64 años el aspecto determinante será el proceso de sustitución de generaciones con grandes diferenciales numéricos, lo que provocará que, si bien a corto plazo aún aumenten sus efectivos, se produzca una abrupta caída a medida que accedan a esas edades cohortes menos numerosas. En un supuesto de ausencia de migraciones ese efecto de remplazo desembocaría en unos efectivos inferiores al medio millón desde el año 2047, estabilizándose a largo plazo en unos 475.000. Unos saldos migratorios como los del escenario “uno” permitirían amortiguar esa caída hasta mínimos de unas 600.000 personas a mediados de siglo y una posterior recuperación hasta valores próximos a los de finales de la década de los ochenta del siglo pasado. En los supuestos de una mayor inmigración (“cuatro” y “cinco”) se produciría una recuperación más significativa de sus efectivos a largo plazo, aunque éstos continuarían siendo un 15% inferiores respecto de 2016.
- Los efectivos de 65 a 84 presentan en todos los escenarios una tendencia de sostenido aumento hasta máximos en torno de las 590-600.000 personas en 2047, para invertirse posteriormente esa tendencia a medida que se ubican en esas edades generaciones con menos efectivos. En el año 2061 la población mayor de 65 a 84 años ascendería según el escenario “uno” a 481.000 personas, con un rango de variación en función la intensidad de las mejoras en la mortalidad entre las 462.000 del “cinco” y las 496.000 del “cuatro”.
- Finalmente, la población de 85 y más años se caracteriza por un fuerte incremento de sus efectivos al combinarse la presencia de generaciones más numerosas con los avances en la longevidad y la concentración de las ganancias de años de vida en esas edades. Esa tendencia de crecimiento sostenido se verá momentáneamente frenada en la tercera década de este siglo al alcanzar esas edades cohortes con menos efectivos, las nacidas durante la Guerra Civil y la posguerra. En el horizonte de la proyección y según el escenario “uno” se alcanzaría el cuarto de millón de personas, aunque esa cifra es muy sensible al ritmo de las mejoras en la supervivencia. Si las mejoras fuesen más moderadas la cifra se situaría en las 205.000 personas (“dos”), mientras que en un contexto de profundización en las mejoras de la mortalidad en las edades avanzadas se alcanzarían los 303.000 mayores (“tres”), es decir un rango de variabilidad a largo plazo del 48% en función del comportamiento de la mortalidad.

Gráfico I-6

Evolución y proyección de la población por grandes grupos de edad de la C.A. de Euskadi según diferentes escenarios demográficos.



1.4 Los escenarios demográficos de los Territorios Históricos

La evolución futura de la población de los Territorios Históricos presenta en sus grandes rasgos similitudes con la descrita para el conjunto de la C.A. de Euskadi en cada uno de los escenarios, aunque con peculiaridades en los ritmos de variación de la población y de intensidad en el proceso de transformación de las estructuras por edad. Esas especificidades responden a diferenciales en los niveles de mortalidad y fecundidad, al desigual impacto de las estructuras demográficas sobre el crecimiento natural, y a la capacidad de atracción de los flujos migratorios por parte de cada territorio.

En todos los escenarios que consideran movimientos migratorios, los Territorios Históricos de Álava y Gipuzkoa tienen unos crecimientos relativos de su población superiores a los del conjunto de la C.A. de Euskadi, mientras que son menores e incluso negativos en algunos escenarios en Bizkaia (Tabla 1.6 y Gráfico 1.7). Se prolongará la tendencia de los últimos quinquenios de progresivo aumento del peso relativo de los residentes en Álava y en Gipuzkoa en detrimento de los habitantes de Bizkaia en el seno de la C.A. de Euskadi. En el año 2061, según el escenario “uno”, casi el 16% de la población residirá en Álava (1 punto porcentual más que en 2016), el 48,5% en Bizkaia (casi 4 puntos menos), y el 35,6% en Gipuzkoa (2,9 puntos más).

Tabla 1-6
Proyección de la población de los TT.HH. según diferentes escenarios demográficos, 2016 y 2061.

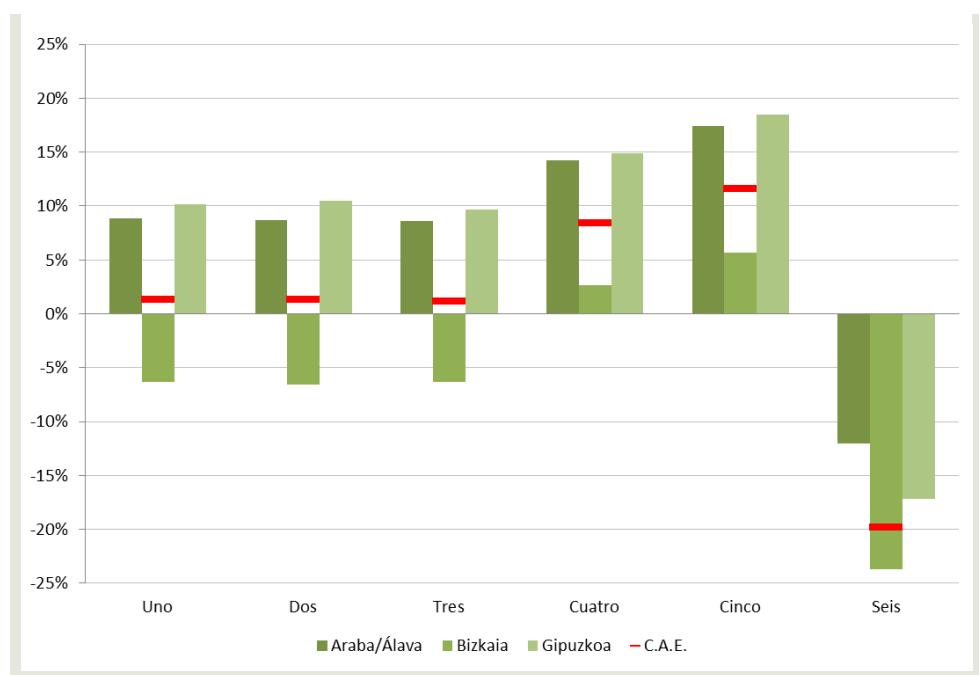
	2031						2061						
	2016	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
Valores Absolutos													
Araba/Álava	322,3	337,7	336,2	338,4	335,3	335,3	319,3	350,9	350,5	350,1	368,1	378,6	283,6
Bizkaia	1.138,9	1.109,8	1.105,0	1.113,0	1.120,4	1.120,4	1.076,8	1.066,5	1.063,6	1.067,1	1.168,9	1.203,2	869,2
Gipuzkoa	710,7	738,7	735,8	740,6	730,6	730,6	685,9	783,2	785,4	779,4	816,7	842,0	588,8
C.A.E.	2.171,9	2.186,2	2.177,0	2.192,0	2.186,2	2.186,2	2.082,0	2.200,7	2.199,5	2.196,5	2.353,8	2.423,8	1.741,6
Valores Relativos													
Araba/Álava	14,8%	15,4%	15,4%	15,4%	15,3%	15,3%	15,3%	15,9%	15,9%	15,9%	15,6%	15,6%	16,3%
Bizkaia	52,4%	50,8%	50,8%	50,8%	51,2%	51,2%	51,7%	48,5%	48,4%	48,6%	49,7%	49,6%	49,9%
Gipuzkoa	32,7%	33,8%	33,8%	33,8%	33,4%	33,4%	32,9%	35,6%	35,7%	35,5%	34,7%	34,7%	33,8%
C.A.E.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En los escenarios “uno”, “dos” y “tres”, que se basan en las mismas hipótesis migratorias, la población de Gipuzkoa crece alrededor del 10% y la de Álava casi el 9% entre 2016 y 2061, mientras que la de Bizkaia se reduce algo más de un 6%. Esa disparidad de comportamientos se debe básicamente al crecimiento natural que será cada vez más negativo en los tres territorios, pero de mayor intensidad en el de Bizkaia. Tomando como ejemplo el escenario

“uno”, la tasa de crecimiento natural para el conjunto del periodo es del -1,22‰ anual en Álava, del -1,99‰ en Guipuzkua y del -4,23‰ en Bizkaia. En el menor crecimiento natural de Bizkaia se combina una fecundidad inferior a la de la C.A. de Euskadi y una estructura demográfica relativamente más envejecida, lo que comporta tasas de natalidad más bajas y de mortalidad más elevadas. Si bien las tasas de crecimiento migratorio son positivas en los tres territorios también presentan peculiaridades de intensidad y de ritmo, ya que en Álava y Gipuzkua son muy estables, del orden del 3 y del 4‰ anual respectivamente, mientras que en Bizkaia se parte de unas tasas inferiores al 1‰ anual para alcanzar tasas cercanas al 4‰ anual al final del periodo. En síntesis, en estos escenarios demográficos la aportación de población por la vía de las migraciones sería suficiente para compensar las pérdidas debidas al saldo entre nacimientos y defunciones en los territorios de Álava y de Gipuzkua pero no en el de Bizkaia.

Gráfico 1-7

Variación de la población de los TT.HH. entre 2016 y 2061 según diferentes escenarios demográficos.

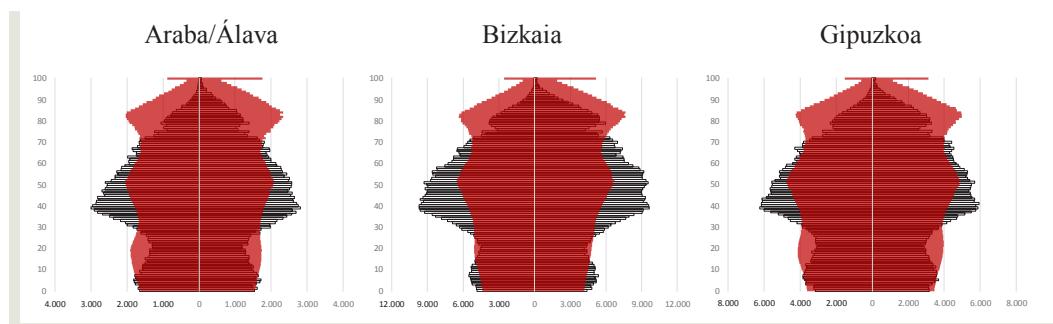


Una mayor aportación de población por migración, como la prevista a medio y largo plazo en los escenarios “cuatro” y “cinco”, compensaría las pérdidas debidas al crecimiento natural en Bizkaia, invirtiéndose la tendencia decreciente de su población a partir de la cuarta década del siglo. No obstante, persistirían diferenciales en los ritmos de crecimiento entre los Territorios Históricos, con un incremento de la población para el conjunto del periodo del 18,5% en Gipuzkua, del 17,5% en Álava y tan sólo del 5,6% en Bizkaia en el escenario de mayor migración (“cinco”). Si bien la reducción del peso relativo de los residentes en Bizkaia sería menor que en los otros escenarios, al final del periodo menos de la mitad de la población vasca residiría en ese Territorio Histórico.

Escenarios Demográficos

En la actualidad, las pirámides de población de los Territorios Históricos presentan un perfil similar al del conjunto de la C.A. de Euskadi, con ligeras diferencias como el mayor peso relativo de la población infantil en Álava y Gipuzkoa, o de la población en edades maduras en Bizkaia. Esa semejanza de partida provoca que las transformaciones en las pirámides durante las próximas décadas sean a grandes rasgos similares a las descritas para el conjunto de la C. A. de Euskadi en los diferentes escenarios: unas bases relativamente angostas, una significativa reducción de la población en las edades centrales y un ensanchamiento de su cúspide (Gráfico 1.8). En el escenario “uno” contrastarían las ganancias de población menor de 15 años de Álava y Gipuzkoa, próximas al 7% entre 2016 y 2061, con el descenso del 11% de Bizkaia, debido a los diferenciales en los niveles de fecundidad entre los territorios y a la menor o mayor reducción de los contingentes de mujeres en edad fecunda. En las edades adultas, entre 15 y 64 años, el rango oscilaría entre la pérdida de un 7% de población en Gipuzkoa y el descenso del 24% de Bizkaia, siendo los factores determinantes el tamaño de las cohortes que actualmente se ubican en esas edades, la evolución de la natalidad y la diferente capacidad de atracción del flujo de inmigración en ambos territorios. Finalmente, el fuerte incremento de los efectivos de 65 y más años revestiría su mayor intensidad en Álava, con un 82% más, y su menor crecimiento relativo en Bizkaia, con un 48%, al ser actualmente el territorio que ya presenta una estructura más envejecida.

Gráfico 1-8
Pirámides de población de los TT.HH. en 2016 y 2061 según escenario “uno”
(valores absolutos)



La comparación de la distribución relativa de la población de los Territorios Históricos con la de la C.A. de Euskadi en el año 2061 muestra que se mantendrían algunas peculiaridades como el mayor peso relativo de los menores de 20 años en Álava y Gipuzkoa, o la mayor representación de los mayores en Bizkaia. Esas diferencias se sintetizan en la edad media de la población que en el escenario “uno” se situaría en 49,2 años en Álava, en 50,8 años en Bizkaia y en 48,6 años en Gipuzkoa en 2061, lo que representaría en los dos primeros territorios un incremento de 5,5 en relación con 2016 y en el último de 4,3 años. En todos los escenarios, Bizkaia continuaría siendo el territorio con una estructura más envejecida, mientras que Gipuzkoa sustituiría a Álava como el de menor nivel de envejecimiento. En los escenarios con un aporte suplementario de inmigración se produciría una convergencia

entre las edades medias de los Territorios Históricos, difiriendo en menos de medio año al final del periodo en el escenario “cinco” (Tabla 1.7).

Tabla 1-7

Edad media de la población de los TT.HH. y de la C.A. de Euskadi en 2016 y 2061 según diferentes escenarios demográficos

	2061					
	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Seis
Araba/Álava	43,7	49,2	46,8	51,5	49,1	48,7
Bizkaia	45,3	50,8	48,3	53,3	49,3	48,9
Gipuzkoa	44,3	48,6	46,2	51,0	48,8	48,5
C.A.E.	44,8	49,8	47,3	52,2	49,1	48,7

2. Hipótesis de evolución de los fenómenos demográficos

2.1 Mortalidad

La proyección de la mortalidad ha adquirido una renovada importancia en las proyecciones de población por su evolución en las últimas décadas y por sus repercusiones sobre las estructuras demográficas presentes y futuras. Por un lado, los recientes avances en la longevidad han constituido el motor sobre el que se han sustentado nuevos avances en las expectativas de vida de la población, replanteándose los propios límites de la supervivencia. Por otro, el proceso de envejecimiento de las estructuras poblacionales, fruto de la llegada a edades avanzadas de generaciones numerosas, provocará que un mayor número de individuos se beneficien de esos avances en la longevidad. Por consiguiente, el papel de este fenómeno será cada vez más relevante, ya que uno de los objetivos de las proyecciones es la previsión de los contingentes futuros de mayores y de los niveles de envejecimiento por su impacto sobre las políticas socioasistenciales y la asignación de recursos en sanidad o pensiones, entre otros.

En las últimas décadas se ha asistido a un sustancial avance en la supervivencia de la población vasca. En el bienio 1986-87 la esperanza de vida al nacer de los hombres era de 73,0 años y la de las mujeres de 80,7 años, mientras que en 2014-15 ya se habían alcanzado los 80,3 y los 86,2 años, respectivamente, situándose la C.A. de Euskadi entre las regiones europeas con una mayor esperanza de vida. Esas mejoras se han producido en un contexto de progresivo desplazamiento de las ganancias de años de vida a edades cada vez más avanzadas, tal como se refleja en la evolución de la vida media a la edad 65 que aumentó un 27% en los hombres y un 21% en las mujeres, para situarse en 2014-15 en los 19,0 y los 23,5 años, respectivamente.

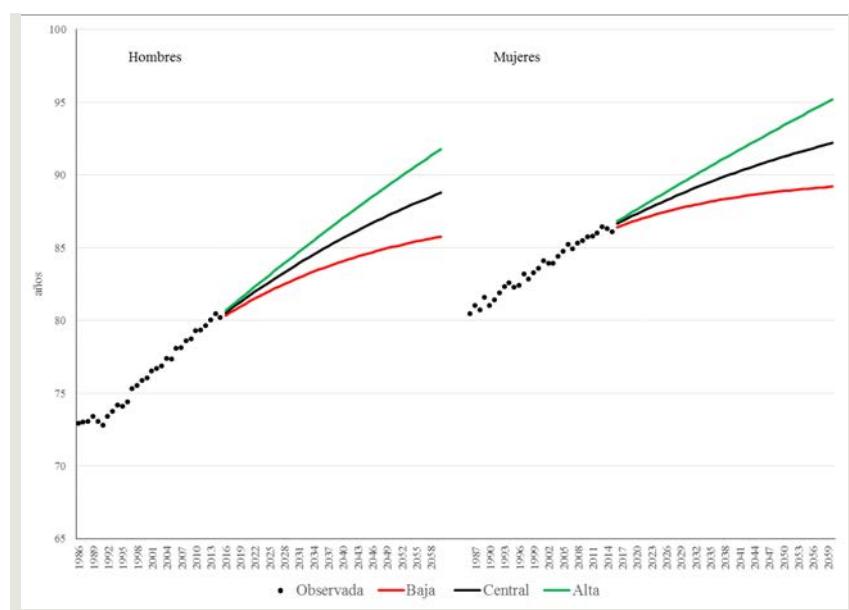
La hipótesis media de mortalidad presupone que se mantendrá la tendencia de crecimiento de la esperanza de vida, aunque con una tendencia a una ligera desaceleración, especialmente en las mujeres. La vida media prevista para 2060 es de 88,8 años para los hombres y de 92,2 años para las mujeres, lo que equivale a un incremento para el conjunto del periodo de 8,5 y 6 años respectivamente¹. El menor remanente de mejora de la mortalidad en las edades adultas y maduras en las mujeres, unido al menor impacto que sobre el conjunto de años vividos por la población tiene la reducción de los riesgos de morir a medida que aumenta la edad en que se produce dicho descenso, explica que la ganancia absoluta sea menor que

en los hombres, reduciéndose los diferenciales de vida media entre sexos, que pasan de 6,1 a 3,4 años. En relación con la mortalidad en edades avanzadas, se prevé que las expectativas de vida restantes a la edad 65 aumenten un 34% en los hombres y un 20% en las mujeres, alcanzándose los 25,4 y los 28,2 años en 2060. Los supuestos que subyacen respecto de la evolución de la mortalidad por edad son: a) se mantendrá la tendencia descendente de los riesgos de morir en los adultos jóvenes, es decir no aparecerán o resurgirán factores de riesgo específicos en esas edades; b) el efecto del reemplazo generacional sobre la mortalidad de las mujeres no será muy relevante, lo que permitirá reducir de forma significativa los riesgos de morir en la madurez y en la primera ancianidad; y, c) se mantendrán y consolidarán los recientes avances en longevidad de la población con una mejora significativa de la supervivencia en las edades más avanzadas.

Tabla 2-1
Hipótesis de evolución de la esperanza de vida para la C.A. de Euskadi.

		Al nacer			A la edad de 65		
		Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
2030	Hombres	82,8	83,7	84,5	20,9	21,6	22,1
	Mujeres	87,8	88,8	89,6	24,5	25,4	26,0
2045	Hombres	84,6	86,5	88,3	22,2	23,7	25,0
	Mujeres	88,7	90,7	92,5	25,3	27,0	28,5
2060	Hombres	85,8	88,8	91,8	23,1	25,4	27,8
	Mujeres	89,2	92,2	95,2	25,7	28,2	30,9

Gráfico 2-1
Evolución y proyección de la esperanza de vida al nacer. C.A.E 1986-1960



La hipótesis baja se sustenta en la idea que los niveles de mortalidad ya alcanzados en las sociedades desarrolladas se encuentran cada vez más próximos a los límites de la vida humana y, por tanto, las mejoras en la longevidad serán cada vez más moderadas. Esta hipótesis postula que se producirá una desaceleración el ritmo de ganancia de años de vida, especialmente en las mujeres, a medida que sus niveles se aproximan hacia un límite teórico que se ha establecido en los 90 años. Bajo ese supuesto la esperanza de vida al nacer en 2060 se situaría en 85,8 años en los hombres y en 89,2 años en las mujeres, lo que representa 5,4 y 3,0 años más en relación con los valores del bienio 2014-15. En un contexto de límites en la esperanza de vida, los márgenes de ganancias de años de vida en las edades avanzadas son más escasos, sobre todo entre la población femenina, lo que se refleja en un menor incremento relativo de la esperanza de vida a la edad 65, del orden del 21% en los hombres y del 9% en las mujeres entre 2016 y 2060.

En sentido contrario, la hipótesis alta presupone que se mantendrá el ritmo de mejora de la esperanza de vida al nacer observado en los últimos tres decenios, cuando en términos medios cada año de calendario los hombres vieron aumentar sus expectativas de vida aproximadamente en 0,25 años y las mujeres en 0,20 años. La persistencia temporal de esos crecimientos aboca a una esperanza de vida al nacer de 91,8 años en los hombres y de 95,2 en las mujeres en 2060, lo que equivale a un incremento de 11,4 y de 9,0 años respectivamente. Lograr esas ganancias requiere de un significativo desplazamiento de la edad a la defunción y de una fuerte reducción de las tasas de mortalidad en las edades más avanzadas. En relación con el primer aspecto, la edad modal a la defunción en las tablas de mortalidad de la C.A. de Euskadi del bienio 2014-15 se situaba en los 87 años en los hombres y en los 90 años en las mujeres, mientras que en 2060 se desplazaría hasta alcanzar los 96 y los 99 años respectivamente. La mayor longevidad y la concentración de las ganancias de años de vida en las edades más avanzadas se refleja en el significativo avance que se produciría en las expectativas de vida a partir de la edad 85, que en los hombres aumentarían de 5,6 a 11,2 años y en las mujeres de 7,3 a 13,0 años entre 2014-15 y 2060, es decir un 99 y un 78% más, respectivamente.

La proyección de la mortalidad de los Territorios Históricos integra, por un lado, la evolución prevista en las diferentes hipótesis de mortalidad de la C.A.E. y, por otro, los diferenciales en los riesgos de morir observados en el periodo más reciente entre los TT.HH. y el conjunto de la comunidad. Por consiguiente, la senda de evolución la marca el conjunto de la C.A. de Euskadi al tiempo que se mantiene el gradiente territorial de la mortalidad observado en los últimos años, localizándose para cada hipótesis las esperanzas de vida más bajas en Bizkaia y las más elevadas en Álava, situándose Gipuzkoa en una posición intermedia con valores muy similares a los de la C.A. de Euskadi tal como sucede en la actualidad (Tabla 2.2)

Tabla 2-2
Esperanza de vida al nacer de los Territorios Históricos en 2060.

	Hombres			Mujeres		
	Baja	Media	Alta	Baja	Media	Alta
Araba/Álava	86,6	89,6	92,5	89,7	92,9	95,8
Bizcaia	85,5	88,5	91,5	89,0	92,0	94,9
Gipuzcoa	85,8	88,8	91,8	89,3	92,2	95,2
C.A.E.	85,8	88,8	91,8	89,2	92,2	95,2

2.1 Fecundidad

La caída de la fecundidad, con la consiguiente reducción de los efectivos de niños y jóvenes, ha repercutido sobre múltiples ámbitos como la educación, la sanidad, o la producción de bienes destinados a ese colectivo. No obstante, el descenso de la población infantil y juvenil fue proporcionalmente menor que la caída de la fecundidad debido al efecto compensador del aumento de los efectivos de personas en edad de tener hijos, que a su vez fue una consecuencia de la alta fecundidad de los años sesenta y setenta. En sentido contrario, el descenso de la natalidad en las últimas décadas comportará una reducción en los próximos años de la población en edad reproductiva, incidiendo negativamente sobre la evolución del número de nacidos, incluso en un contexto de recuperación de la fecundidad.

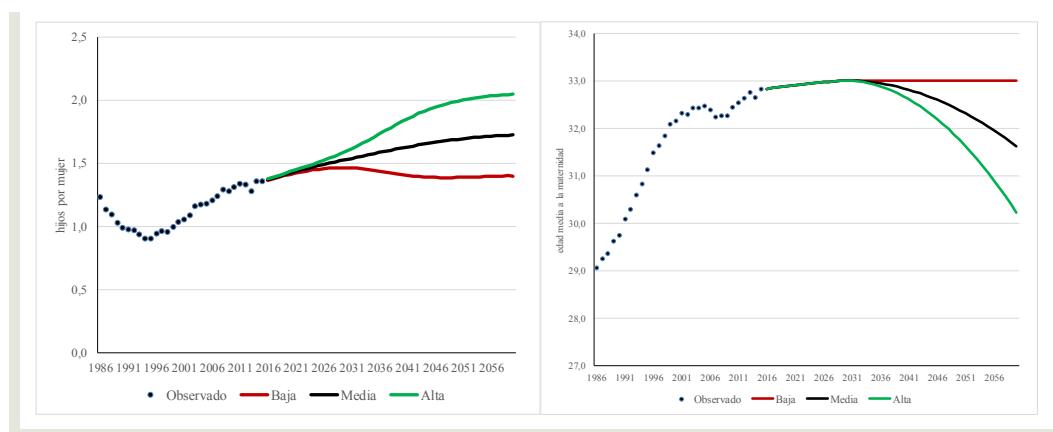
En los últimos decenios se ha asistido a un descenso muy acusado en los niveles de fecundidad de la población con una reducción del número medio de hijos por mujer de 2,8 en 1975 a niveles mínimos de 0,9 a mitad de los años noventa, seguido de una recuperación hasta los 1,36 hijos en 2015. Esa reducción se explica, en primer lugar, por la casi desaparición de los terceros hijos y de forma general de las familias numerosas, ya que la fecundidad de orden 3 y más se sitúa actualmente en 0,14 hijos por mujer, nivel seis veces inferior al del año 1975. Esa contracción del proyecto reproductivo se ha visto acompañada también por pronunciadas caídas en los niveles de fecundidad de los primeros y segundos hijos, con descensos del 34 y del 42% respectivamente entre 1975 y 2015. Otra dimensión clave de la fecundidad, relacionada con el ciclo de vida de las personas y de las familias, es la edad a la maternidad. La evolución de mayor calado en las últimas décadas ha sido el aumento de 6,5 años en la edad de inicio de la vida reproductiva, es decir de la edad a la primera maternidad, que se sitúa actualmente cercana a los 32 años, situándose la de todos los hijos en los 32,8 años.

Para la construcción de las hipótesis de fecundidad se han fijado dos horizontes temporales, el primero hasta el año 2030 se basa en la extrapolación de las tendencias recientes, el segundo a partir de esa fecha considera tres objetivos normativos de evolución de la fecundidad en el largo plazo. A corto plazo todas las hipótesis postulan una lenta y similar

Escenarios Demográficos

recuperación de la fecundidad debido al retraso en la edad media a la maternidad en la C.A. de Euskadi. En la actualidad, la edad media al primer hijo se sitúa en la C.A. de Euskadi en los 31,8 años, mientras que en los países de la EU28 oscila entre los 26 años de Bulgaria y los 30,8 años de España e Italia. Ese retraso en la edad a la maternidad justifica que los niveles de fecundidad a corto plazo se mantengan en todas las hipótesis en la franja baja de los niveles proyectados para los países europeos por las oficinas estadísticas internacionales. A más largo plazo, las hipótesis son más contrastadas, y las de mayor recuperación están asociadas a un descenso de la edad media a la maternidad (Gráfico 2.2).

Gráfico 2-2
Índice Sintético de Fecundidad y Edad Media a la Maternidad de la C.A. de Euskadi observado y proyectado 1986-2060



En la proyección de la fecundidad hasta el medio plazo se ha utilizado un modelo de tipo econométrico que prolonga la evolución de las tasas de fecundidad por edad y orden observadas en el periodo 200-2015. Ese modelo conduce a un nivel de fecundidad de 1,53 hijos en 2030, como consecuencia de un crecimiento similar en el valor absoluto de la fecundidad de los distintos órdenes, pero de mayor incremento relativo del orden 2 y del orden 3 y más hijos (Tabla 2.3).

Tabla 2-3
ISF por orden de la C.A. de Euskadi, 2015 y 2030 según la hipótesis central.

			Variación	
	2015	2030	Absoluta	Relativa
1	0,72	0,78	0,06	0,07
2	0,50	0,57	0,07	0,14
3 y más	0,14	0,18	0,05	0,34
Total	1,36	1,53	0,17	0,13

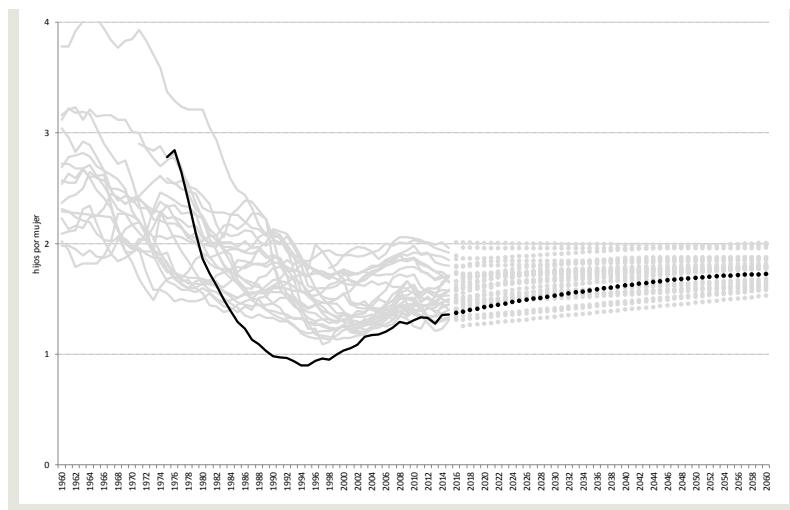
A largo plazo, los valores objetivos para el ISF se obtienen para la hipótesis central por la continuación de la evolución tendencial, fijando un valor para 2060 acorde con ésta, de 1,73 hijos por mujer. Según esta hipótesis la C.A. de Euskadi pasaría de unos niveles bajos a unos

medios de fecundidad si se compara con la hipótesis principal de fecundidad de las proyecciones de los países EU28 de Eurostat (Gráfico 2.3). La edad media a la maternidad alcanzaría un máximo en 2030, con 33 años, para reducirse posteriormente hasta los 31,6 años en 2060.

El valor objetivo de la hipótesis alta se ha determinado después de revisar los escenarios de fecundidad planteados por Naciones Unidas para los países europeos, y en concreto se ha fijado en 2,05 hijos por mujer en 2060. Esta hipótesis puede considerarse como asumible si se considera que en la actualidad el ISF de varios países europeos se sitúa próximo a ese nivel, como en Francia, Irlanda, Noruega y Suecia que en los últimos años han tenido niveles entre 1,8 y 2 hijos por mujer. Este valor objetivo es más pesimista de lo que prevé Naciones Unidas para los países europeos al horizonte 2060, y también en término del recorrido de la fecundidad a corto plazo, debido a los condicionantes actuales de la baja fecundidad en la C.A. de Euskadi. Los niveles de Naciones Unidas para países de la UE28 estiman 2,15 hijos por mujer para España y 2,24 para Italia, alcanzándose valores en torno de 2,45 hijos en Francia, Irlanda y Suecia. Esta evolución requiere de un mayor rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad, con una media edad a la maternidad de 30,2 años en 2060.

Gráfico 2-3

Índice Sintético de Fecundidad observado y proyectado según la hipótesis media para la C.A. de Euskadi, comparado con la hipótesis principal de Eurostat para los países EU28.



Finalmente, el valor objetivo de la hipótesis baja se fija en 1,4 hijos por mujer en el horizonte de la proyección, y presupone que se consolidará a largo plazo un modelo caracterizado por una baja y tardía fecundidad, con una edad media a la maternidad estabilizada en torno de los 33 años.

Las hipótesis de fecundidad de los Territorios Históricos se han obtenido de manera similar a las de la C.A. de Euskadi. En primer lugar, se ha proyectado de manera tendencial la fecundidad por orden y edad hasta el año 2030, y posteriormente se han determinado los valores objetivos para el año 2060 a partir de las hipótesis para el conjunto de la C.A. de

Euskadi, bajo un supuesto de una cierta convergencia en los niveles de fecundidad de los tres territorios (Tabla 2.4).

Tabla 2.3

Índice Sintético de Fecundidad de los TT.HH. y de la C.A. de Euskadi según tres hipótesis en 2015, 2030 y 2060.

Hipótesis	2015	2030	2060
Araba/Álava	Baja	1,46	1,62
	Media	1,46	1,69
	Alta	1,46	1,75
Bizkaia	Baja	1,28	1,38
	Media	1,28	1,44
	Alta	1,28	1,50
Gipuzkoa	Baja	1,44	1,52
	Media	1,44	1,59
	Alta	1,44	1,65
Euskadi	Baja	1,36	1,47
	Media	1,36	1,53
	Alta	1,36	1,60

2.1 Migraciones

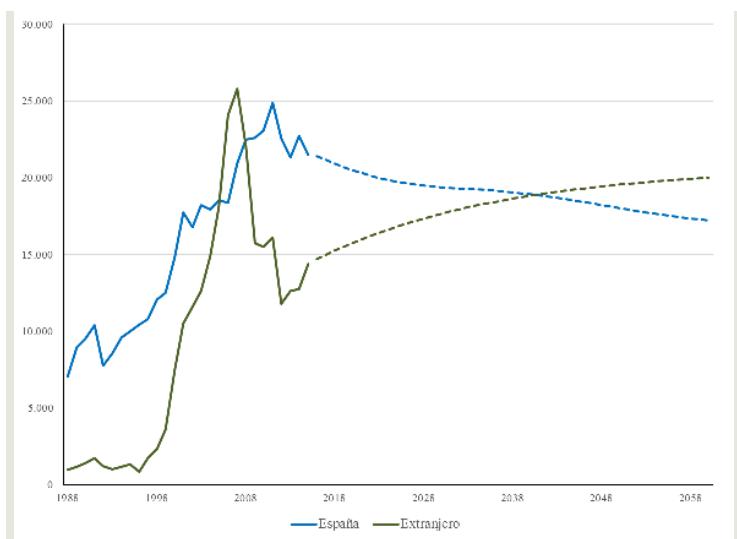
Las migraciones son el fenómeno demográfico que presenta una mayor incertidumbre, al tiempo que se configuran como el componente más determinante de la dinámica demográfica. Los flujos de inmigración de los años sesenta y primera mitad de los setenta procedentes del resto del Estado contribuyeron al crecimiento poblacional, al tiempo que rejuvenecieron la pirámide poblacional aportando efectivos en las edades adultas y fomentando la natalidad. La posterior desaceleración de los flujos migratorios y la inversión de su signo en el último cuarto del siglo XX configuraron a la C.A. de Euskadi como un área emigratoria. Con el cambio de siglo, se instauró un modelo de intercambios sustentado en el creciente papel de los flujos migratorios procedentes del resto del Estado y del extranjero, retornando a saldos positivos hasta alcanzar un máximo de algo más de 8.000 personas en 2011. En los años más recientes, las tendencias han sido dispares al sucederse un bienio con saldo migratorio negativo, debido a la caída en el flujo de inmigrantes y al aumento de las emigraciones en los años 2012 y 2013, con una posterior recuperación de saldos positivos en 2014 y 2015, fruto de un ligero incremento de las entradas y una reducción de las salidas.

Hipótesis central de migración

La proyección de los movimientos migratorios se ha realizado diferenciando entre inmigración y emigración, ya que los flujos de entrada son externos a la población que se proyecta mientras que los de salida dependen de la propensión a emigrar de los residentes en la C.A. de Euskadi y del tamaño y la estructura por edades de la población. La proyección de los inmigrantes se ha realizado tratando de forma diferenciada aquellos que proceden del resto del Estado de los que tienen su origen en el extranjero (Gráfico 2.4):

- Inmigración procedente del resto de Comunidades Autónomas. Este flujo depende de dos factores: por un lado, de la propensión a emigrar del resto del Estado a la C.A. de Euskadi; por otro, de los cambios que se producirán en el tamaño y en la estructura de la población de esos orígenes. En relación con el primer aspecto, la propensión a establecerse en la C.A. de Euskadi de los residentes en el resto del Estado se ha mantenido relativamente estable en los últimos años y, por tanto, se han mantenido constantes durante todo el periodo en los valores observados en el trienio 2013-15. En relación con el segundo factor, en las “Proyecciones de Población 2016-2066” el Instituto Nacional de Estadística prevé una fuerte contracción de la población española en las edades adultas, que son aquellas con una mayor propensión a emigrar; con una caída del 30% de los efectivos de 20 a 39 años entre 2016 y 2061. Esto provoca que el número total de inmigrantes procedentes del resto del Estado presente una tendencia descendente de los 21.400 de 2016 a los 17.200 de 2060, con una aportación total para el conjunto del periodo proyectado de unas 854.000 personas.
- Además, los cambios en la estructura de la población española transformarán su patrón demográfico con una reducción del peso de los inmigrantes adultos y un mayor flujo de llegada de población en edades maduras.
- Inmigración del extranjero. La recuperación del flujo de entradas del extranjero iniciada en el año 2012 se prolonga de forma progresiva hasta alcanzar los 20.000 inmigrantes en el año 2060, que es una cifra similar al valor medio anual observado durante el periodo 2006- 2011. Para el conjunto del periodo representa una aportación de unas 820.000 personas, con una estructura por edades concentrada en las edades adultas-jóvenes y con una escasa presencia de inmigrantes por encima de los 50 años.

Gráfico 2-4
Hipótesis central de inmigración a la C.A. de Euskadi.



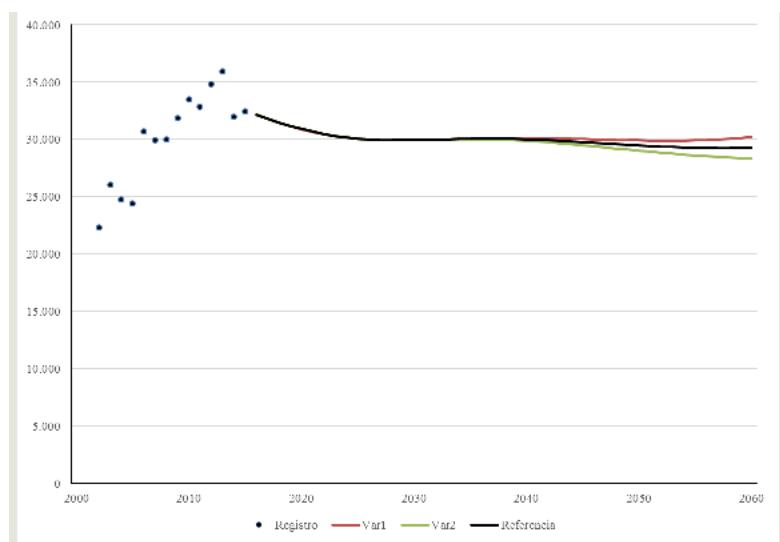
Escenarios Demográficos

Los dos flujos de inmigración proyectados se asignan a los Territorios Históricos utilizando matrices de distribución en función del sexo y del grupo de edad basadas en datos observados del periodo 2013-15. La tendencia de evolución es similar en todos los Territorios Históricos pero con ligeras diferencias de ritmo en función de la dispar capacidad de atracción de los flujos procedentes del resto de España y del extranjero.

Las salidas al exterior de la C.A. de Euskadi se han estimado aplicando tasas de emigración por sexo y edad a la correspondiente población residente en la C.A. de Euskadi y los TT.HH. cada año del periodo 2016-2060. El análisis del periodo más reciente muestra que la propensión a emigrar ha permanecido relativamente constante como resultado de la combinación de un incremento de la propensión a emigrar al extranjero y de un descenso equivalente de la emigración hacia el resto del Estado. Por ello, la hipótesis general, común para todos los territorios, considera que las tasas de emigración (resto del Estado y Extranjero) por sexo y edad permanecerán constantes en los niveles registrados en el trienio 2013-15.

Esas tasas de emigración se aplican al escenario demográfico “uno” y a los dos escenarios resultantes de combinar las hipótesis alternativas de mortalidad y de fecundidad. Si bien la cifra de población es muy similar, la estructura por edades difiere, ya que el escenario “dos” se caracteriza por un mayor peso relativo de la población en edades jóvenes y adultas respecto del escenario “uno”, mientras que en el escenario “tres” hay una mayor presencia de contingentes en las edades maduras y avanzadas. Esa disparidad en las estructuras por edades explica el hecho de que si bien las tasas de emigración son idénticas el número de emigrantes a largo plazo es ligeramente mayor en el escenario “dos”, por la presencia de más población en las edades de mayor migrabilidad, mientras que se da la situación contraria en el “tres”, situándose en una posición intermedia el escenario “uno” (Gráfico 2.5).

Gráfico 2-5
Número de emigrantes proyectados de la C.A. de Euskadi.



Finalmente, en relación con los movimientos migratorios internos se ha considerado que tanto las tasas de emigración como los factores de atracción de esa migración se mantendrán constantes en los valores registrados en el trienio 2013-15 en cada Territorio Histórico.

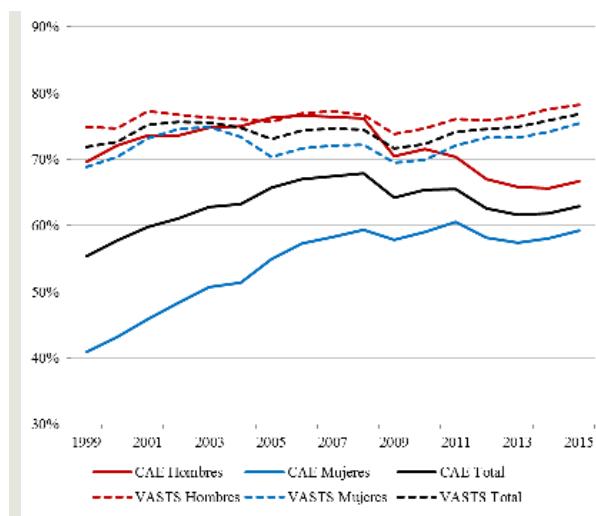
Hipótesis central de migración

Las hipótesis alternativas de saldo migratorio se han construido cuantificando qué flujos de inmigración adicionales se requerirían para garantizar determinadas cifras de ocupados o ratios de ocupación en un contexto demográfico futuro de fuerte reducción de los efectivos en edad de trabajar y de incremento de la población mayor. La idea es que en el corto y medio plazo un aumento en las tasas de participación laboral de la población permitiría compensar el efecto demográfico, pero que a más largo para asegurar determinadas cifras o ratios de ocupados se requerirían aportes suplementarios de población vía inmigración.

El modelo normativo de máxima ocupación que se ha utilizado se corresponde con las tasas de ocupación por sexo y edad decenal (15-24 a 65-74 años) del trienio 2013-15 de la región sueca de Västsverige (en adelante VASTS). Esta región se caracteriza por la elevada ocupación de su población, con una tasa de empleo de 15 a 64 años del 76%, lo que representa 14 puntos porcentuales superior a la tasa de la C.A. de Euskadi (Gráfico 2.6)². La mayor parte de ese diferencial se debe a la desigual participación laboral de las mujeres, con una diferencia de 16 puntos (74% en VASTS y 58% en la CAE), mientras que en los hombres es de 11 puntos (77% en VASTS y 66% en la CAE). Esos diferenciales del trienio 2013-2015 reflejan el contexto de crisis económica, ya que la tasa de empleo masculina de 15 a 64 años de la C.A. de Euskadi fue similar a la de VASTS durante el periodo 2004-2008. En las mujeres, la tendencia generacional a una mayor participación en el mercado de trabajo se vio favorecida por los años de bonanza económica, produciéndose un aumento de casi 20 puntos porcentuales en la tasa de empleo entre 1999 y 2008, para estabilizarse en los años posteriores ligeramente por debajo del 60%.

Gráfico 2.6

Evolución de la tasa de empleo 15-64 años en Västsverige y en la C.A. de Euskadi entre 1999 y 2015.

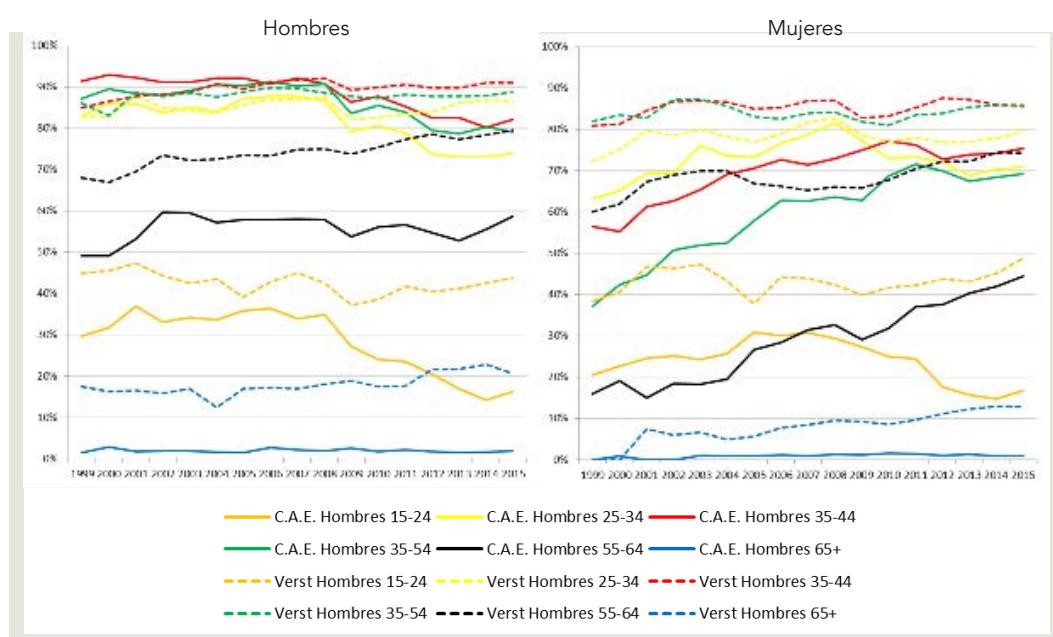


Fuente: elaboración a partir de datos Labour Force Survey

Escenarios Demográficos

La evolución de las tasas de empleo por sexo y grupo de edad muestra otros elementos diferenciadores entre ambas regiones (Gráfico 2.7). En los hombres, además del efecto de la crisis en el periodo más reciente, sobresale la menor tasa de empleo en el grupo de 55-64 años y en el de 65-74 años, siendo en este último grupo la tasa en la CAE del 2% en contraposición al 20% de VASTS. Además, el diferencial en la tasa del grupo de 15 a 24 años entre ambas regiones se ha acentuado de forma brusca en los últimos años, situándose en la actualidad en torno de los 25 puntos porcentuales. En las mujeres las tendencias de evolución de la CAE se ven moduladas en algunos grupos de edad por un efecto generacional ligado al acceso a las edades maduras de cohortes con mayor participación laboral, lo que explica que a pesar del contexto de crisis se mantenga la tendencia ascendente de las tasas del grupo de 55 a 64 años y, en menor medida en los grupos de edad previos. Como en los hombres, la evolución más negativa se ha dado en el grupo de edad más joven, el de 15 a 24 años, que son precisamente las edades donde se dan los mayores diferenciales de empleo en relación con VASTS. Esas diferencias responden en parte a especificidades en las características del empleo y en las estructuras del mercado de trabajo, por ejemplo en relación al peso del empleo a tiempo parcial, que explicaría las mayores tasas de empleo en los grupos de edad extremos y en las mujeres en VASTS³. En los últimos años, el 40% del empleo femenino en VASTS era a tiempo parcial, habiendo aumentado su papel en la C.A. de Euskadi, aunque continúa situándose casi 10 punto porcentuales por debajo de la región sueca. En los hombres la tendencia ha sido también a un aumento del trabajo a tiempo parcial, manteniéndose los diferenciales entre ambas regiones.

Gráfico 2-7
Evolución de la tasa de empleo por grupo decenal de edad y sexo en Västsverige y en la C.A. de Euskadi entre 1999 y 2015.



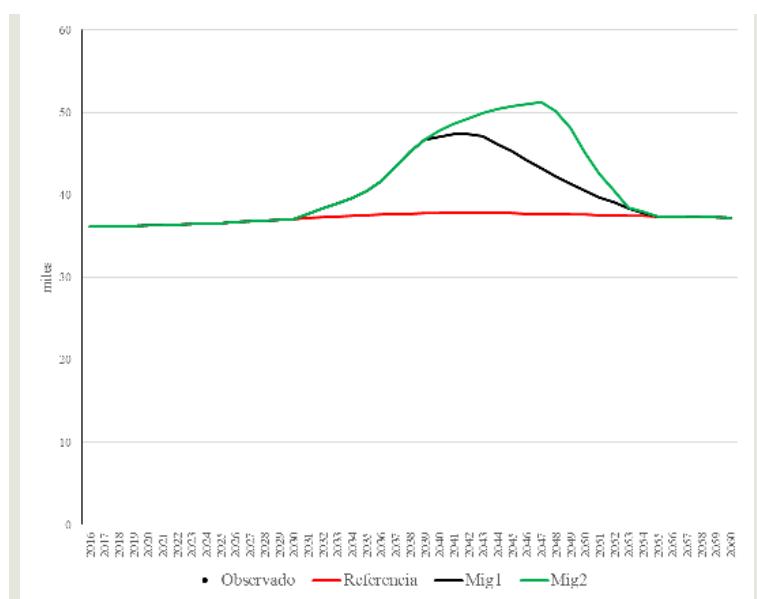
Fuente: elaboración a partir de datos Labour Force Survey

Una vez fijado el patrón normativo de máxima ocupación se han determinado los objetivos correspondientes a cada uno de los dos escenarios alternativos de saldo migratorio:

- Objetivo 1: efectivos de población y tasas de empleo que garantizarían un número mínimo de un millón de ocupados durante todos los años del periodo proyectado.
- Objetivo 2: efectivos de población y tasas de empleo que garantizarían que la ratio entre personas de 15 y más años no ocupadas sobre ocupados no supera el valor de 1 ningún año del periodo proyectado.

El procedimiento consiste en aplicar a los resultados del escenario “uno” las tasas de empleo por sexo y edad decenal (15-24 a 65-74 años) del modelo normativo con el fin de obtener el número de ocupados y la ratio de ocupación para cada año de la proyección. Un aumento de las tasas de empleo hasta los niveles del modelo normativo permitiría mantener una cifra de ocupados superior al millón de personas hasta el año 2037 y una ratio de no ocupados de 15 años y más por cada ocupado inferior a 1 hasta el año 2042. Una vez establecidos esos dos puntos temporales se procede mediante un procedimiento iterativo a estimar un contingente de inmigrantes adicional para cada año a partir de 2031 que aplicado a las tasas de empleo de VASTS garantice ambos objetivos a medio y largo plazo. Esos inmigrantes adicionales se han distribuido por edad en función de un patrón de inmigración fuertemente concentrado en las edades de participación laboral⁴. En las iteraciones se mantienen las tasas de mortalidad y de fecundidad del escenario central, así como el número de emigrantes proyectado para cada año.

Gráfico 2-8
Inmigrantes proyectados en la hipótesis central y en las alternativas 2016-2060.



Escenarios Demográficos

En el Gráfico 2.8 se representa el número de inmigrantes del escenario “uno” y los inmigrantes adicionales estimados para garantizar cada uno de los dos objetivos de ocupación. En relación con el objetivo 1 (un mínimo de un millón de ocupados) se requiere una aportación suplementaria de unos 116.000 inmigrantes a partir del año 2031, que se concentran básicamente entre 2037 y 2047. La posterior reducción se debe a que van accediendo a las edades laborales generaciones relativamente más numerosas, lo que provoca que la necesidad de aportación de población vía inmigración adicional sea cada vez menor en relación con la ya prevista en el escenario “uno”. En el objetivo 2 (ratio de un no ocupado de 15 y más años por cada ocupado) el flujo de inmigrantes adicionales es superior, ya que para compensar el incremento de los efectivos de mayores es necesario un mayor volumen de población ocupada, claramente por encima del millón. Los inmigrantes adicionales ascienden a más de 171.000, localizándose los máximos alrededor de mediados de siglo, coincidiendo con el periodo de mayores efectivos de población de 65 y más años.

ANEXO

Notas al pie

- 1** El INE en su vigente proyección de la población prevé para el conjunto de España unos niveles de esperanza de vida al 2060 ligeramente inferiores, de 87,9 años para los hombres y de 91,1 años para las mujeres. Los valores proyectados para la C.A. de Euskadi en esta hipótesis central son ligeramente inferiores a los estimados por el INSEE para Francia con una vida media de 90,1 años en los hombres y de 93,0 años en las mujeres para el 2070.
- 2** Las tasas de empleo se han calculado dividiendo los ocupados por la población del mismo sexo y edad. La información proviene de la Labour Force Survey y se corresponde con el nivel geográfico NUTS2 de EUROSTAT
- 3** Las tablas de empleo a tiempo parcial/tiempo completo de la base de datos de EUROSTAT no consideran la variable edad para el nivel NUTS2.
- 4** Ese patrón se ha calculado tomando como referencia el patrón relativo de la inmigración procedente del extranjero a la CAE en el periodo 2012-2015, reduciendo el peso de la inmigración en la infancia y en las edades avanzadas en beneficio de las edades adultas. En el patrón utilizado el 80% de los inmigrantes adicionales tienen de 15 a 49 años.

1. Análisis y proyección de los fenómenos demográficos

El análisis de las tendencias más recientes de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones se configura como el núcleo central de los ejercicios proyectivos. En esta proyección se ha construido un único escenario de futuro de la población vasca al horizonte del 1 de enero del año 2036, a partir de la evolución que se estima como más previsible en relación con el comportamiento de los fenómenos demográficos entre 2021 y 2036.

1.1 La mortalidad

La mortalidad ha adquirido una renovada importancia en las proyecciones de población por su evolución y por sus repercusiones sobre las estructuras demográficas presentes y futuras. Por un lado, los avances en la longevidad han constituido el motor sobre el que se han sustentado los nuevos avances en las expectativas de vida, replanteándose los propios límites de la supervivencia. Por otro, el propio envejecimiento de las estructuras poblacionales ha provocado que más individuos se beneficien de esos avances en la longevidad. Por consiguiente, el papel de este fenómeno demográfico es cada vez más relevante, ya que uno de los objetivos de las proyecciones es precisamente la previsión de los contingentes futuros de mayores y de los niveles de envejecimiento de la población por su impacto sobre las políticas socio-asistenciales y sobre la asignación de recursos en sanidad o pensiones, entre otros.

En las últimas décadas se ha asistido a un sustancial avance en la supervivencia de la población vasca (Tabla 1.1)¹. Entre 1978-80 y 2017-19 la esperanza de vida al nacer aumentó 10,3 años en los hombres y 8,6 años en las mujeres o, en otras palabras, cada año de calendario se han añadido en término medio 0,26 años de vida a los hombres y 0,22 a las mujeres. Ese ritmo de mejora no ha sido uniforme, ya que a mediados de los años ochenta se entró en una etapa de estabilización, incluso de retrocesos puntuales en las expectativas de vida de los hombres, por el negativo comportamiento de los riesgos de morir en los adultos más jóvenes. La posterior recuperación de esas pérdidas, unido a un comportamiento favorable de la mortalidad en las otras etapas del ciclo vital, propició que se acelerasen las ganancias de vida media desde finales del siglo pasado, sobre todo en la población masculina. Por su parte, la esperanza de vida a la edad 65, que sintetiza los riesgos de morir en edades avanzadas, se ha caracterizado por una trayectoria de crecimiento sostenido con una ganancia del 40% en los hombres y del 34% en las

Proyecciones Poblacionales

mujeres en las últimas cuatro décadas. En el periodo más reciente se ha mantenido la tendencia favorable en la evolución de la esperanza de vida, aunque con una desaceleración en el último quinquenio, al tiempo que las ganancias de años de vida se han ido concentrando en edades cada vez más avanzadas, sobre todo en las mujeres.

Tabla 1-1

Esperanza de vida al nacer y a la edad 65 en la C.A. de Euskadi 1978-2019

	Al nacer			A la edad 65		
	Hombres	Mujeres	Diferencial	Hombres	Mujeres	Diferencial
1977-1979	70,5	77,9	7,4	13,8	17,8	4,0
1982-1984	72,2	79,9	7,7	14,4	18,8	4,4
1987-1989	73,1	81,1	7,9	15,1	19,7	4,7
1992-1994	73,8	82,3	8,5	15,7	20,5	4,8
1997-1999	75,5	83,1	7,5	16,1	21,0	4,9
2002-2004	77,0	84,2	7,1	17,1	21,9	4,8
2007-2009	78,4	85,2	6,8	17,9	22,7	4,8
2012-2014	80,0	86,2	6,2	18,8	23,5	4,6
2017-2019	80,7	86,5	5,8	19,3	23,7	4,5

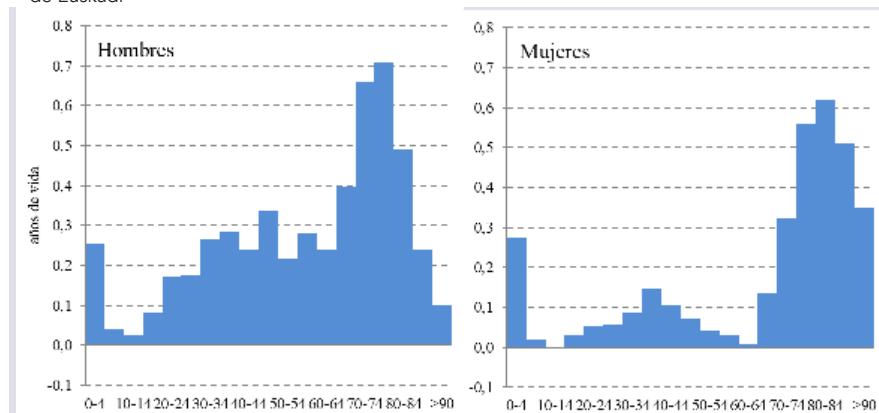
Nota: tablas de mortalidad calculadas con las defunciones y poblaciones de tres años.

La sociedad vasca se encuentra inmersa en una etapa de la transición epidemiológica que se caracteriza por el desplazamiento a edades avanzadas de la mortalidad debida a causas crónicodegenerativas y por la progresiva concentración de las ganancias de años de vida en las edades ancianas a medida que van reduciéndose los riesgos de morir en la adultez y en la madurez.

(Gráfico 1.1). Si se analizan las dos últimas décadas, comparando las tablas de mortalidad de 1997-99 y de 2017-19, se constata que las mujeres se encuentran en un estadio más avanzado de ese proceso, ya que el descenso de la mortalidad a partir de los 70 años contribuyó en 2,4 años al aumento de la esperanza de vida al nacer, lo que equivale a más de dos tercios de la ganancia total, localizándose la mayor aportación en el grupo de 80 a 84 años. El papel de la mortalidad en esas edades fue menor en los hombres, al contribuir en 2,1 años, y el máximo se localizó en el grupo de 75 a 79 años.

Gráfico 1-1

Contribución de las edades a la ganancia o pérdida de esperanza de vida entre 1997-99 y 2017-19 por sexo. C.A. de Euskadi



A esa tendencia de fondo se superponen dos evoluciones que explican que en las dos últimas décadas las ganancias de esperanza de vida fuesen mayores en los hombres (5,2 años) que en las mujeres (3,4 años), lo que se tradujo en una reducción de 1,8 años de los diferenciales de vida media entre sexos, hasta situarse a actualmente por debajo de los seis años. En primer lugar, el mayor margen de mejora de la supervivencia en las edades adultas en la población masculina, al partir de unos niveles de mortalidad más elevados que los de las mujeres. El descenso de los riesgos de morir entre los 20 y los 49 años aportó 1,3 años a la esperanza de vida masculina mientras que en las mujeres contribuyó en algo menos de medio año. En segundo lugar, la desigual evolución de la mortalidad en las edades maduras, entre los 50 y los 69 años, que en los hombres mantuvo su tendencia descendente, aportando 1,1 años a sus expectativas de vida, mientras que las tasas de mortalidad femeninas se estabilizaron y/o aumentaron en algunas edades, lo que provocó que las ganancias fuesen muy escasas, de tan sólo 0,2 años, e incluso prácticamente nulas en algunos grupos de edad como el de 60 a 64 años.

El nivel y el perfil de los riesgos de morir asociados a esas tablas de mortalidad muestra el cambio en los patrones de mortalidad de la población vasca en las dos últimas décadas (Gráfico 1.2). Los aspectos más destacables son:

La mejora de la mortalidad en las edades adultas-jóvenes, especialmente en los hombres, aunque continúa persistiendo una moda de sobre mortalidad en esas edades e importantes diferenciales relativos entre sexos. El riesgo de morir entre los 15 y los 35 años se ha reducido en los hombres del 19,8% al 6,7%, lo que representa una caída del 66%, y el de las mujeres del 6,8% al 3,0%, con un descenso del 56%.

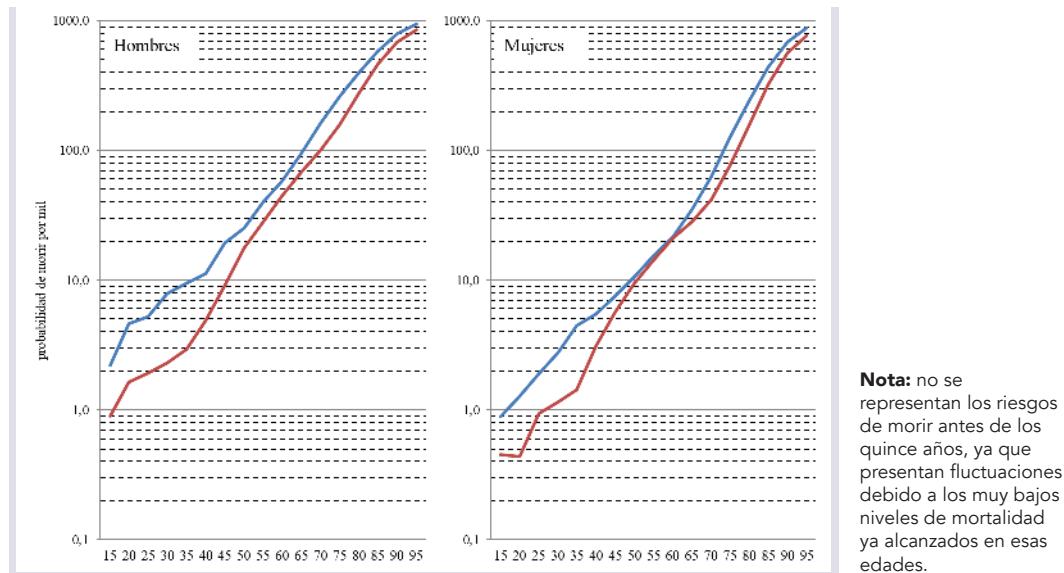
La reducción de los diferenciales de mortalidad entre sexos en las edades maduras debido a las mejoras en la mortalidad masculina y al comportamiento menos favorable de los riesgos de morir en las mujeres. A principios de siglo el riesgo de morir de los hombres entre la edad 55 y la 65 era un 161% superior al de las mujeres, reduciéndose ese diferencial al 103% en el trienio 2017-19. En las mujeres las mejoras en la mortalidad en esas edades han sido escasas en las últimas dos décadas, con una caída de los riesgos de morir de tan sólo el 3%, mientras que en los hombres la reducción ha sido del 25%. El peor comportamiento de la mortalidad en las mujeres se debe a la progresiva llegada a esas edades de generaciones con comportamientos de riesgo que invirtieron la tendencia de descenso de algunas causas de muerte, como el cáncer de pulmón, por el mayor hábito del tabaquismo en esas cohortes respecto de las precedentes.

El descenso de los riesgos de morir entre los mayores por el control de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio y por los avances en la prevención y tratamiento de los cánceres. Desde principios de siglo el riesgo de morir entre las edades 70 y 80 se ha reducido alrededor de un 36% en ambos sexos, mientras que la probabilidad de morir entre el 80 y el 90 aniversario ha descendido un 18% en los hombres y un 25% en las mujeres.

Proyecciones Poblacionales

El inicio de una senda de descenso de los riesgos de morir en las edades más avanzadas, de cuya consolidación e intensidad dependerá que en el futuro se den avances significativos en la longevidad de la población. En las dos últimas décadas el riesgo de morir entre la edad 90 y la 100 se ha reducido un 4% en la población masculina y un 7% en la femenina.

Gráfico 1-2
Probabilidades de morir por sexo. C.A.E. 1997-1999 y 2017-2019



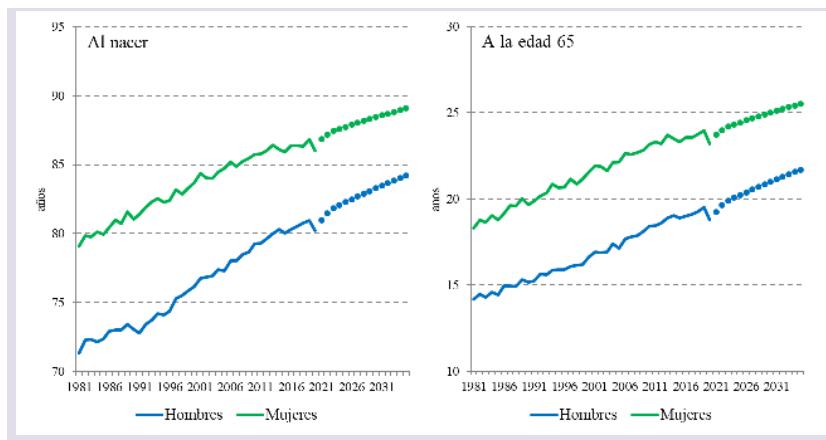
Las tendencias de fondo de evolución de la mortalidad se han visto profundamente alteradas por la Covid-19. En el año 2020 se produjeron un total de 24.247 defunciones de residentes en la C.A.E., lo que representó un 12% más en relación con el promedio de los tres años anteriores a la pandemia. Ese exceso de defunciones se tradujo en una reducción de la esperanza de vida al nacer de 0,75 años en los hombres y de 0,81 años en las mujeres respecto de los niveles del año 2019. Las pérdidas se concentraron en la población de más edad, ya que el incremento de la mortalidad a partir de los 75 años restó 0,45 años de vida a los hombres y 0,53 años a las mujeres, lo que equivale respectivamente a un 61 y a un 66% de la pérdida total de esperanza de vida al nacer acaecida en 2020. Las cifras provisionales del año 2021 muestran una reducción cercana al 5% de las defunciones respecto del año anterior, aunque éstas continúan situándose por encima de la tendencia previa a la pandemia, del orden de un 7% más de muertes.

En esta proyección, y en base a la extrapolación de las tendencias observadas entre 1986 y 2019, se prevé que en el año 2035 la vida media de los hombres alcance los 84,4 años y la de las mujeres los 89,1 años², lo que representa 3,3 y 2,3 años más respecto de los valores observados el año previo a la pandemia (Gráfico 1.3)³. El menor remanente de mejora de la mortalidad en las edades adultas y maduras en las mujeres, unido al menor impacto que sobre los años vividos por la población tiene la reducción de los riesgos de morir a medida que aumenta la edad en que se produce dicho descenso, explica que la ganancia sea menor

que en los hombres, reduciéndose los diferenciales de vida media entre sexos, de los 5,7 años del bienio 2018-19 a los 4,9 años de 2035. En la mortalidad en edades avanzadas se prevé que las expectativas de vida restantes a la edad 65 aumenten un 11% en los hombres y un 7% en las mujeres respecto del año 2019, alcanzándose los 21,7 y los 25,5 años, respectivamente, en 2035.

Gráfico 1-3

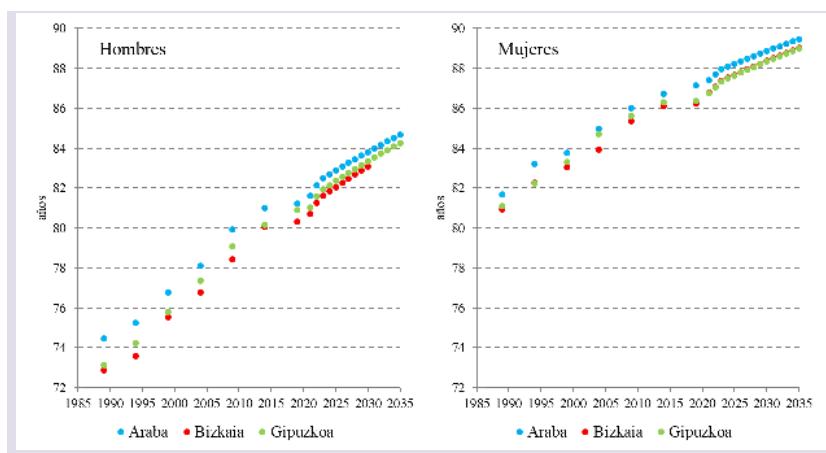
Evolución y proyección de la esperanza de vida al nacer y a la edad 65 por sexo. C.A. de Euskadi. 1981-2035.



En relación con los Territorios Históricos se prevé que sigan la senda de evolución de la esperanza de vida prevista para el conjunto de la C.A.E. bajo el supuesto de que, a medio plazo, persistirán los diferenciales espaciales observados en la actualidad (Gráfico 1.4). Ese supuesto se justifica por la constatación de que en los últimos decenios las diferencias de esperanza de vida entre la C.A.E. y los TT.HH. se han mantenido estables, localizándose en ambos性es las mayores expectativas de vida en Álava. Para el año 2035 se prevé que la vida media al nacer oscile en los hombres de los 84,2 años de Bizkaia a los 84,8 de Álava, y en las mujeres de los 89,1 años de Gipuzkoa y Bizkaia a los 89,6 años de Álava.

Gráfico 1-4

Evolución y proyección de la esperanza de vida al nacer de los TT.HH. 1989-2035



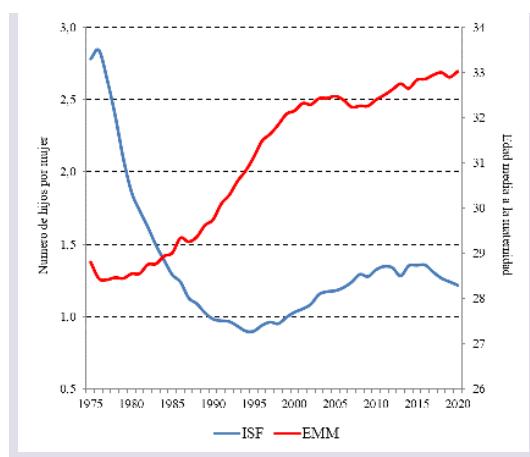
Nota: los valores observados corresponden a tablas trianuales centradas en el año de referencia.

1.2 La fecundidad

En las últimas décadas se ha asistido una radical transformación en el nivel y el calendario reproductivo de las mujeres residentes en la C.A. de Euskadi. La caída de la natalidad, con la consiguiente reducción de los efectivos de niños y jóvenes, ha ido repercutido sobre múltiples ámbitos como la educación, la sanidad, o la producción de bienes y servicios destinados a esos colectivos.

En las décadas finales del siglo pasado se produjo un descenso muy acusado de los niveles de fecundidad de la población vasca con una reducción del número medio de hijos por mujer de los 2,8 hijos de 1975 a mínimos en torno a 0,9 hijos a mitad de los años noventa. (Gráfico 1.5 y Tabla 1.2). Esa reducción se explica, en primer lugar, por la casi desaparición de los hijos de orden superior y de forma general de las familias numerosas, ya que entre 1975 y 1995 la fecundidad del tercero y más hijos se redujo en un 92%. Además, la contracción de la dimensión familiar se vio acompañada también por pronunciadas caídas en los niveles de fecundidad de los primeros y de los segundos hijos, que son los que tienen mayor peso en la fecundidad total, con descensos durante el mismo periodo del 53% y del 62% respectivamente. A raíz del desigual ritmo de descenso de la fecundidad según el orden del nacido se produjo un aumento del peso de los primeros hijos en el total de la fecundidad, del 39% de 1975 al 57% de 1995, mientras que se redujo de forma substancial la contribución de los terceros o más hijos, del 30 al 7% durante el mismo periodo.

Gráfico 1.5
Evolución del ISF y de la EMM de la C.A. de Euskadi. 1975-2020.



A partir de finales del siglo pasado se constata una recuperación de la fecundidad, desde los mínimos históricos del año 1995, con 0,9 hijos por mujer, hasta alcanzar casi 1,36 hijos en el bienio 2015-16, es decir un incremento del 50% en dos decenios. En gran medida ese aumento se debió al proceso de aplazamiento de la fecundidad en edades jóvenes acaecido en las décadas anteriores y a su posterior

materialización en edades más avanzadas, lo que se tradujo en un fuerte incremento de la fecundidad por encima de los 30 años. Otro factor que contribuyó a esa recuperación fue el incremento de los efectivos de mujeres extranjeras en edades fecundas, de las menos de 10 mil de principios de siglo a las más de 58 mil del año 2013, que además se caracterizan por una tener una fecundidad alrededor de un 60% superior a la de las nacionales. Así, en los primeros años del siglo las mujeres extranjeras contribuían en torno a un 5% de la fecundidad total de la C.A.E., mientras que una década más tarde su aportación superaba ya el 15%.

En los últimos años se ha truncado la tendencia de recuperación de la fecundidad y se ha iniciado una fase de descenso hasta situarse por debajo de 1,25 hijos por mujer a partir de 2019, que se ha visto acentuada por los efectos de la Covid-19 en los últimos meses de 2020 y primeros de 2021. Ese descenso se ha debido a una caída sostenida de las tasas de fecundidad de las mujeres de 30 a 39 años, lo que reflejaría una dificultad creciente para materializar en esas edades la fecundidad aplazada en edades más jóvenes, retrasándose todavía más la edad a la que se tiene el primer hijo, y no tanto una reducción de sus proyectos reproductivos.

Tabla 1-2
Evolución del ISF y de la EMM total y por orden. C.A.E. 1975-2020

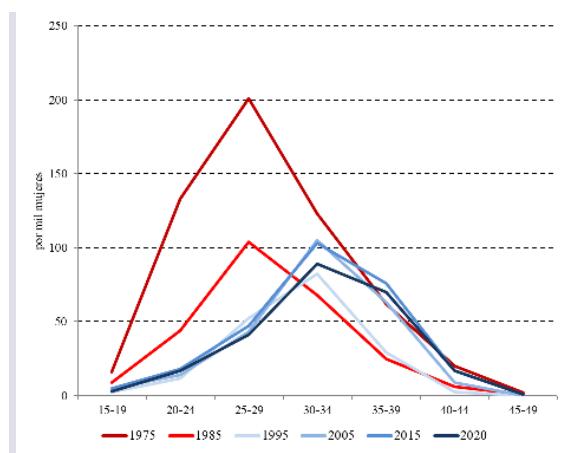
	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
ISF										
1 hijo	1,08	0,82	0,62	0,51	0,51	0,59	0,67	0,74	0,72	0,62
2 hijo	0,86	0,63	0,46	0,37	0,32	0,38	0,44	0,48	0,50	0,44
3+ hijos	0,83	0,43	0,21	0,10	0,06	0,06	0,08	0,11	0,14	0,15
Total	2,78	1,86	1,29	0,98	0,90	1,03	1,19	1,33	1,36	1,22
EMM										
1 hijo	25,7	25,8	26,9	28,1	29,9	30,9	31,1	31,2	31,7	32,1
2 hijo	28,7	29,0	29,7	31,0	32,4	33,5	34,0	33,8	34,1	33,9
3+ hijos	33,0	33,1	33,9	33,8	34,6	34,7	35,0	34,2	34,1	34,3
Total	28,8	28,5	29,0	29,8	31,1	32,1	32,4	32,4	32,8	33,0

Otra dimensión clave de la fecundidad, relacionada con el ciclo de vida de las personas y de las familias, es la edad a la maternidad. La evolución de mayor calado en las últimas décadas ha sido el aumento de 6,5 años en la edad de inicio de la vida reproductiva, es decir de la primera maternidad, que se sitúa actualmente ligeramente por encima de los 32 años. Una edad a la primera maternidad tan elevada comporta que una parte significativa de las mujeres se plantee tener su segundo o tercer hijo con más de 35 años, cuando se reduce la probabilidad biológica de un embarazo y un nacimiento vivo, lo que representa una constreñimiento para que se pueda dar una recuperación significativa los niveles totales de fecundidad. En la actualidad, las mujeres vascas tienen sus segundos hijos alrededor de los 34 años, mientras que la edad media a los terceros y sucesivos hijos se sitúa ligeramente por encima de esa edad. La similitud entre esas dos edades se explica por el propio proceso de retraso del calendario de la maternidad, ya que en la actualidad las que tienen su tercer

o sucesivo hijo son básicamente aquellas que habían tenido su primer y su segundo hijo en edades más jóvenes.

La evolución de la fecundidad por edad de la madre permite identificar dos grandes períodos (Gráfico 1.6). En el primero, de 1975 a 1985, se asistió a una generalizada caída de los niveles de fecundidad que afectó a todas las edades. El descenso fue muy intenso en aquellas edades tradicionalmente más fecundas, con una reducción a la mitad de la tasa de fecundidad de 25 a 29 años y del 67% en la de 20 a 24 años en tan sólo una década. En el segundo periodo, desde mediados de los años ochenta, el fenómeno predominante fue el progresivo desplazamiento de la fecundidad hacia edades más avanzadas con un aumento de la fecundidad a partir de los 30 años fruto del retraso de la edad a la primera maternidad, pudiendo distinguirse tres etapas en función del nivel general de fecundidad. En la primera, hasta 1995, la recuperación de las tasas de fecundidad por encima de los 30 años no fue suficiente para compensar la caída que se continuaba produciendo en las tasas de las edades más jóvenes, lo que provocó que el número medio de hijos por mujer continuase descendiendo. En esa etapa se alteró profundamente el calendario de la fecundidad, ya que el grupo de 30 a 34 años desplazó al de 25 a 29 años como el más fecundo, y las tasas del grupo de 35 a 39 años superaron a las de 20 a 24 años. En la segunda etapa, de 1995 a 2015, se inicia una recuperación del ISF por la ralentización en el descenso de las tasas de fecundidad en las edades jóvenes y por la persistencia de la tendencia creciente por encima de los 30 años, que explica el 90 por ciento del aumento de la fecundidad total acaecido entre 1995 y 2015. En ese periodo las tasas de fecundidad del grupo de 35 a 39 años, tal como había sucedido anteriormente con las de 30 a 34 años, también superaron a las del grupo de 25 a 29 años. Finalmente, la tercera etapa a partir de 2015 se caracteriza por la ruptura de la tendencia ascendente que había caracterizada a la fecundidad de los grupos de 30 a 34 y de 35 a 39 años, lo que explica el reciente descenso del número medio de hijos por mujer.

Gráfico 1-6
Tasas quinquenales de fecundidad de la C.A. de Euskadi. 1975-2020



Ese esquema general, de descenso de la intensidad de la fecundidad en una primera etapa y de posterior desplazamiento de la maternidad a edades más avanzadas, se vio alterado por un ligero repunte de la fecundidad de las mujeres menores de 25 años desde principios de siglo. No obstante, ese repunte no ha sido el fruto de un cambio de comportamiento, es decir de un rejuvenecimiento del calendario reproductivo, sino una consecuencia de la creciente llegada de mujeres extranjeras con un patrón fecundo claramente más joven. El papel de esa inmigración se constata en la propia evolución del peso de los nacidos de madre extranjera en el total de nacimientos que han pasado del 3% de principios de siglo al 29% de 2020. La evolución de esa proporción ha sido todavía más acentuada entre los nacidos de madres menores de 25 años, siendo desde el año 2007 los nacimientos de madre extranjera los mayoritarios en esas edades y llegando a representar en la actualidad dos tercios de esos nacimientos. En otras palabras, sin el efecto de la inmigración procedente del extranjero las tasas de fecundidad en las edades más jóvenes hubiesen continuado prolongado su trayectoria descendente iniciada a mediados de los años setenta.

En síntesis, la evolución de la fecundidad en este siglo ha estado dominada básicamente por ajustes en su calendario, que han ido modulando las fluctuaciones en sus niveles generales. El aumento de la fecundidad entre 1995 y 2015 se explica básicamente por la evolución del orden 1, que pasó de 0,52 a 0,72 primeros hijos por mujer, contribuyendo en un 44% al incremento total del ISF, de la misma manera que su descenso entre 2015 y 2020 se debe también a la evolución de la fecundidad del primer hijo (Tabla 1.3). En este sentido, el papel clave que ha tenido la fecundidad del primer hijo, unido a las fuertes variaciones en su calendario, indicarían que el comportamiento de la fecundidad total se explica más por un efecto de recuperación de una maternidad que fue aplazada en edades más jóvenes que por una variación de su intensidad, a diferencia de lo acaecido en las últimas décadas del siglo pasado.

Tabla 1-3

Tasas de fecundidad por orden del nacido. C.A.E. 1995, 2015 y 2020 (tasas por mil)

	Todos los órdenes			Orden 1			Orden 2			Orden 3 y más		
	1995	2015	2020	1995	2015	2020	1995	2015	2020	1995	2015	2020
15-19	3	4	3	2	4	3	0	0	1	0	0	0
20-24	12	16	17	9	11	11	2	4	5	0	1	1
25-29	53	42	41	39	28	25	12	11	11	1	4	5
30-34	82	102	91	43	59	50	35	34	31	5	9	10
35-39	28	84	71	10	34	28	14	40	32	5	10	11
40-44	3	21	17	1	8	7	1	10	7	1	3	3
45-49	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
ISF	0,90	1,36	1,21	0,51	0,72	0,62	0,32	0,50	0,44	0,06	0,14	0,15

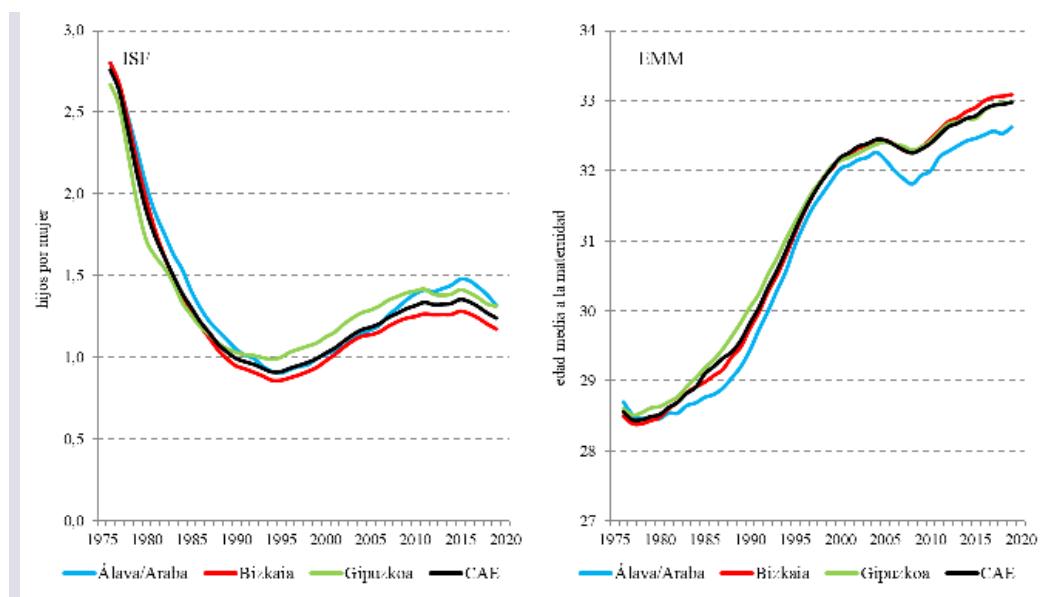
La evolución de la fecundidad de los Territorios Históricos guarda en elevado paralelismo con la de la C.A. de Euskadi, aunque se aprecian ligeras diferencias en relación con sus niveles y calendarios (Gráfico 1.7). Entre los cambios más destacados el acaecido en

Proyecciones Poblacionales

Gipuzkoa que ha invertido su posición relativa desde finales del siglo pasado, configurándose actualmente junto con Álava como los territorios con una fecundidad más elevada, mientras que Bizkaia presenta en el último decenio una fecundidad alrededor de un 5% inferior a la del conjunto de la C.A. de Euskadi. En relación con el calendario, Álava se ha caracterizado desde la década de los ochenta por una edad media a la maternidad sensiblemente inferior a la de los otros territorios, mientras que el mayor retraso se localiza en Bizkaia. Esas diferencias de calendario se explican, en gran parte, por unas tasas de fecundidad de 20 a 29 años más elevadas en Álava debido el mayor impacto relativo que ha tenido la inmigración sobre la fecundidad en ese territorio. En el trienio 2018-20 el nivel de la fecundidad oscila entre los 1,18 hijos por mujer de las vizcaínas, con una edad media a la maternidad de 33,1 años, y los 1,32 hijos de las alavesas, con una maternidad a los 32,6 años.

Gráfico I-7

Evolución del Índice Sintético de Fecundidad y de la Edad Media a la Maternidad. Euskadi y Territorios Históricos. 1975-2020

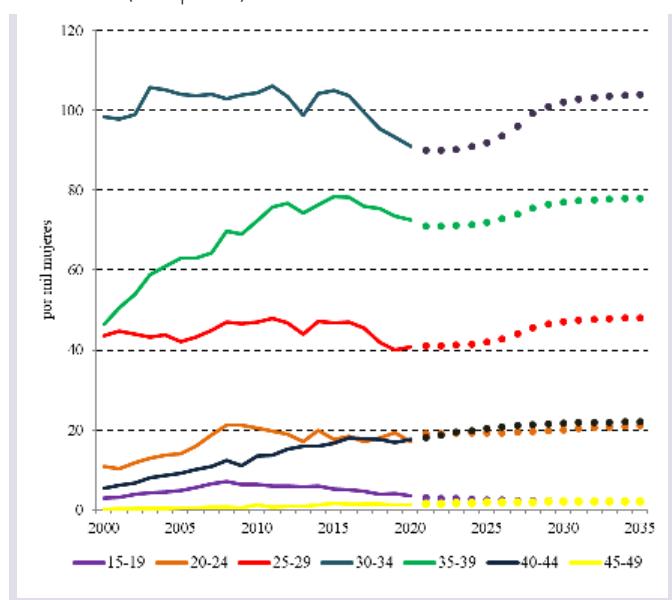


Nota: promedio de tres años centrado en el año de referencia.

La proyección de la fecundidad de la Comunidad Autónoma de Euskadi se ha realizado estableciendo un patrón normativo que prevé 1,39 hijos por mujer en el año 2035, lo que representa una recuperación del 12% en relación con el valor promedio del trienio 2018-20. No se estima que esa recuperación conlleve un cambio en el calendario de la fecundidad, ya que persistirá un modelo de fecundidad muy tardía con una edad media a la maternidad estabilizada alrededor de los 33 años. El modelo se ha construido bajo los siguientes supuestos de evolución de las tasas de fecundidad por edad: a) se mantendrá la tendencia de descenso de la fecundidad en los grupos de edad más jóvenes; b) en las edades centrales se recuperarán a medio plazo los niveles observados en el periodo 2010-15; y, c) se mantendrá el comportamiento claramente ascendente de la fecundidad en edades avanzadas, a partir del grupo de 40 a 44 años (Gráfico 1.8).

Para los Territorios Históricos la trayectoria de evolución prevista de la fecundidad por edad es similar a la descrita para el conjunto de la C.A. de Euskadi, al tiempo que no se prevé una convergencia en los niveles de fecundidad, manteniéndose los diferenciales relativos observados en los últimos años. En el horizonte de la proyección, en el año 2035, se estima que el nivel general de fecundidad se situará en 1,34 hijos por mujer en Bizkaia, en 1,49 hijos en Álava y en 1,51 hijos en Gipuzkoa, con una edad media a la maternidad que oscilará de los 32,6 años de Álava a los 33 años de Bizkaia.

Gráfico 1-8
Evolución y proyección de las tasas de fecundidad por grupo de edad quinquenal de la madre. C.A. de Euskadi. 2000-2035 (tasas por mil)

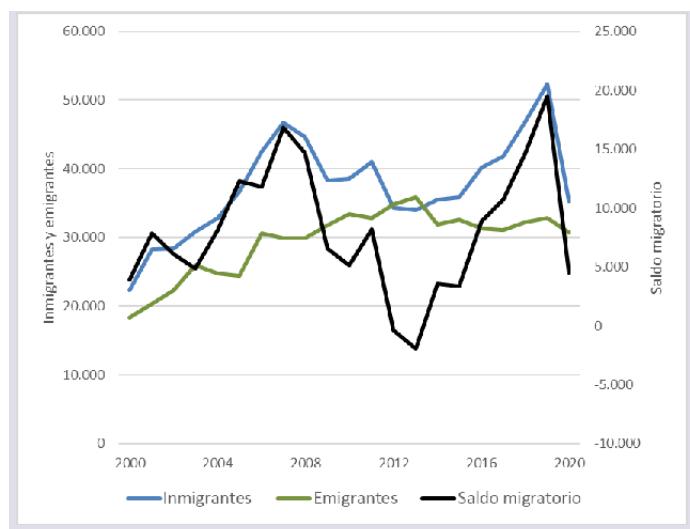


1.3 Las migraciones

La intensidad y el signo de las migraciones han sido un componente clave de la dinámica demográfica de la C.A. de Euskadi. Las corrientes inmigratorias del resto del Estado en los años sesenta y la primera mitad de los setenta constituyeron un motor del crecimiento poblacional y contribuyeron a rejuvenecer la pirámide poblacional aportando efectivos en las edades adultas y fomentando, de forma indirecta, la natalidad. La desaceleración de los flujos migratorios y la inversión de su signo en el último cuarto del siglo XX configuraron a la C.A.E. como un área emigratoria. Con el cambio de siglo se instauró un modelo de intercambios sustentado en el creciente papel de los flujos migratorios procedentes tanto del resto del Estado como del extranjero, retornando a saldos migratorios positivos con un máximo de casi 17 mil personas en 2007. En los años más recientes las tendencias han sido dispares al sucederse un bienio con saldos negativos, debido a

la caída en el flujo de inmigrantes y al aumento de las emigraciones en 2012 y 2013, con una posterior recuperación de saldos positivos hasta un máximo de casi 20 mil personas en 2019, y una posterior caída del saldo por debajo de las 5 mil personas en 2020 (Gráfico 1.9). Paralelamente, el aumento de la movilidad residencial y la presencia de mayores contingentes de población extranjera se tradujeron en una intensificación de los intercambios migratorios internos.

Gráfico 1.9
Inmigrantes, emigrantes y saldo migratorio de la C.A.E. 2000-2020



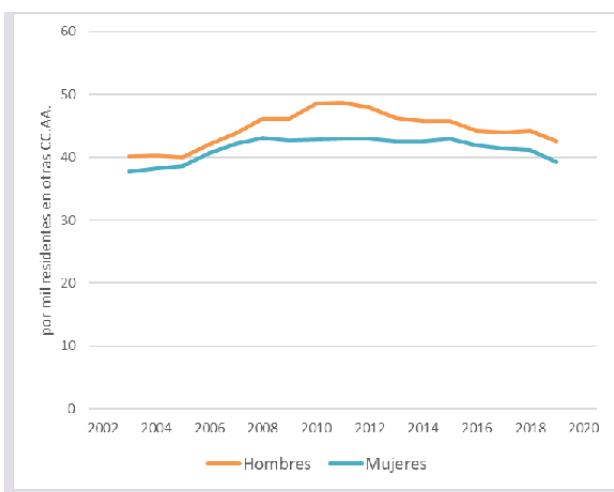
1.3.1 Tendencia y proyección de los flujos de inmigración

La recuperación de unos flujos de migración significativos con destino a la C.A. de Euskadi constituyó el cambio demográfico más importante acaecido en los primeros años de este siglo. Entre 2000 y 2007 el número de entradas más que se duplicó, al pasar de 22 mil a algo más de 46 mil, coincidiendo con el punto álgido de la inmigración procedente del extranjero. A raíz de la crisis económica el flujo de inmigración se redujo en un 27% entre 2007 y 2013 por el brusco descenso de las entradas del extranjero y por la inversión de la tendencia ascendente que aún mantenía la procedente del resto del Estado. Además, se modificaron los orígenes de los flujos de inmigración, ya que en 2007 el 55% de los inmigrantes procedían del extranjero mientras que en 2013 fueron el 37%. A partir del año 2014 se asiste a un repunte de los flujos hacia la C.A.E., con una clara tendencia ascendente en los años previos a la pandemia, alcanzándose el máximo del siglo en 2019 con algo más de 52 mil inmigrantes, de los cuales seis de cada diez procedían del extranjero. En el año 2020, a raíz del contexto sanitario y económico, y de las medidas adoptadas para hacer frente a la Covid19, se produjo una caída de los flujos de entrada, hasta algo más de 35 mil inmigrantes, afectando especialmente a los que procedían del extranjero con una reducción del 45% en relación con el año anterior, frente al descenso del 15% de los que tenían su origen en el resto de España.

En la estimación de los flujos futuros de inmigración a la C.A. de Euskadi se ha diferenciado entre aquellos que proceden del resto de España y los que tienen su origen en el extranjero:

- ❖ Inmigración procedente del resto de Comunidades Autónomas. Este flujo depende de dos factores: por un lado, de cuál será la propensión a emigrar del resto del Estado a la C.A.E.; por otro, de los cambios que se producirán en los próximos años en el tamaño y en la estructura demográfica de la población de esos orígenes. En relación con el primer aspecto se ha constatado que la propensión a emigrar a la C.A.E se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, en torno al 43-46 por mil en los hombres y del 40-42 por mil en las mujeres (Gráfico 1.10). En relación con el segundo factor, se han usado las “Proyecciones de Población 2020-2070” del Instituto Nacional de Estadística como fuente para obtener la población por sexo y edad de las otras CC.AA. en los próximos quince años. En esa proyección la población de 20 a 39 años, que se corresponde con las edades de mayor migrabilidad, aumentará ligeramente en el resto de España, un 2,7% entre 2021 y 2036.

Gráfico 1-10
Índice Sintético de Migración del resto de CC. AA a la C.A.E. 2002-2020



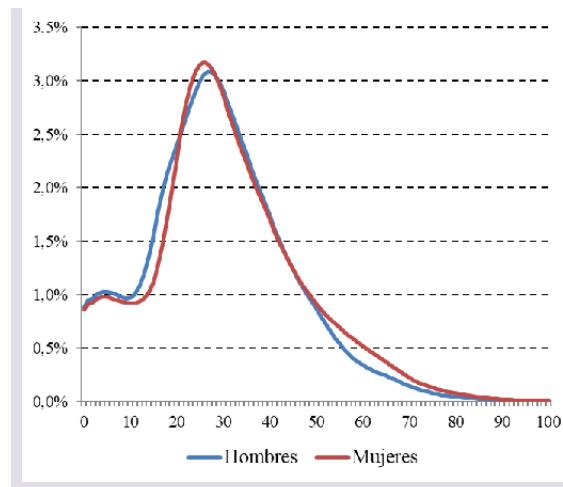
Nota: valores promedio de tres años.

La hipótesis formulada considera que se mantendrán constantes las tasas de emigración por sexo y edad del resto del Estado a la C.A.E. observadas en el trienio 2018-20. Esas tasas se aplican a las correspondientes proyecciones proyectadas por el INE para obtener el número de inmigrantes por sexo y edad para cada año del periodo 2021-2035⁴. Para ese periodo se ha estimado un total de 306 mil inmigrantes procedentes del resto de España, que es una cifra ligeramente inferior a la registrada en los quince años anteriores, con 322 mil inmigrantes de 2006 a 2020.

- ❖ Inmigración del extranjero. Se ha previsto una recuperación a corto plazo de los flujos de entrada del extranjero hasta alcanzar unos niveles de 25 mil inmigrantes

anuales a partir del año 2024⁵, lo que representa para el conjunto de periodo una aportación de 364 mil personas. La estructura por sexo y edad de esa inmigración se caracteriza por un calendario migratorio muy concentrado en las edades adultas-jóvenes y una escasa presencia de inmigrantes mayores de 50 años. Esos calendarios migratorios se caracterizan por una elevada estabilidad temporal, motivo por el cual se ha distribuido el flujo total de entradas en función de los patrones migratorios observados en el trienio 2018-20 (Gráfico 1.II).

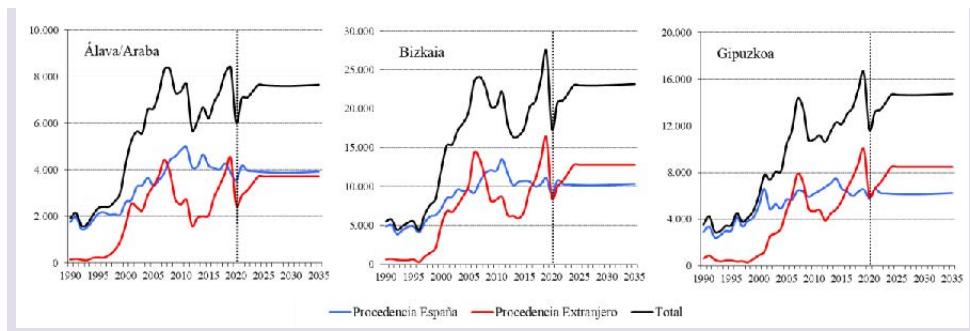
Gráfico 1-II
Patrones relativos de la inmigración del extranjero a la C.A.E. 2018-2020



Nota: Patrones suavizados.

Los dos flujos de inmigración proyectados para el conjunto de la Comunidad Autónoma de Euskadi se han asignado a los Territorios Históricos utilizando matrices de distribución en función del sexo y del grupo de edad basadas en los datos del periodo 2018-20. Las entradas totales a un TT.HH. dependen, por consiguiente, de las hipótesis formuladas para cada tipo de inmigración a nivel de la C.A.E. y de su capacidad de atracción de esos flujos. La combinación de ambos elementos provoca que la tendencia sea similar en todos los TT.HH. pero con ligeras diferencias de ritmo en función de la evolución prevista para los distintos tipos de inmigración (Gráfico 1.II). Para el conjunto del periodo 2015-30 se ha previsto un flujo total de 113 mil inmigrantes para Álava, con un 48% procedentes del extranjero; de 340 mil para Bizkaia, con un 55% de entradas del extranjero, y de 216 mil en Gipuzkoa, con un 57% de fuera del Estado.

Gráfico I-12
Evolución y proyección de los inmigrantes a los TT.HH. 1990-2035



1.3.2 La emigración al resto del Estado y al Extranjero

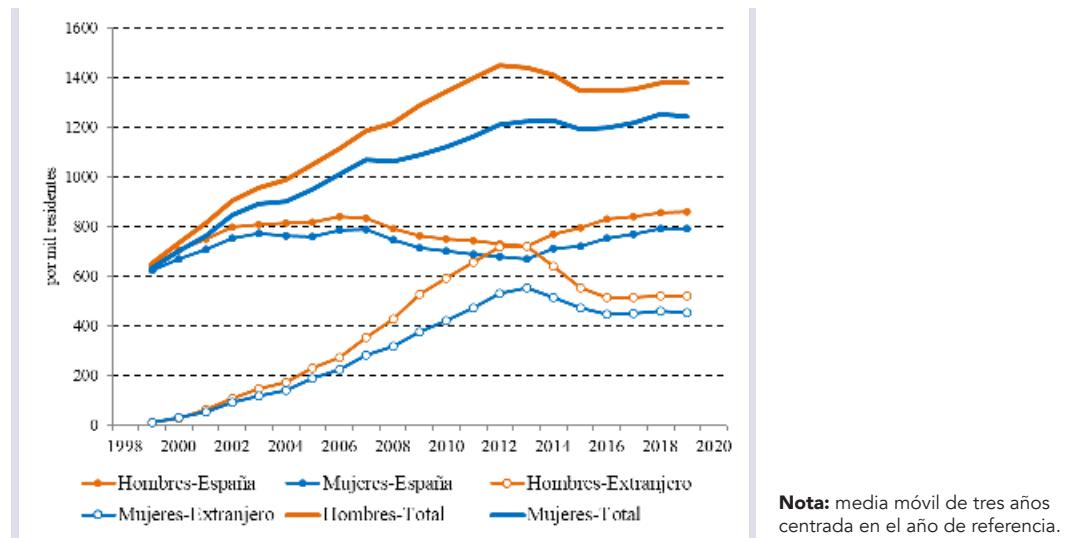
La emigración al exterior de la C.A. de Euskadi presenta una tendencia de crecimiento sostenido del flujo de salidas, al pasar de poco más de 18 mil emigrantes anuales en los años de tránsito de siglo a algo más de 35 mil de media en el bienio 2012-13. En esos años, casi la mitad de los emigrantes tenían como destino el extranjero, mientras que una década antes el peso de las salidas al extranjero representaba un 14% del total. No obstante, en los últimos años se constata una reducción del flujo de emigración, hasta valores medios anuales de unos 32 mil emigrantes en 2018-20, fruto de un descenso de las salidas al extranjero una vez superados los efectos de la crisis de 2008 que contrajo esas salidas.

En la evolución de las salidas interactúan dos factores: por un lado, la menor o mayor propensión de la población a realizar una emigración al exterior de la C.A.E.; por otro, los cambios en el volumen y en la estructura por edades de la población. En relación con la propensión a emigrar de la población vasca, el índice sintético de emigración exterior por sexo (ISMExt) presenta una tendencia de crecimiento sostenido desde principios de siglo hasta alcanzar un máximo en torno al año 2012, para estabilizarse posteriormente (Gráfico I.13). La evolución del ISMExt está muy condicionada por la evolución de la propensión a emigrar al extranjero, con un fuerte incremento en el primer decenio del siglo, y una posterior reducción en los años más recientes. Esos movimientos están protagonizados básicamente por población de nacionalidad extranjera que llegaron en los años precedentes a la C.A. de Euskadi, aunque no son ajenas las mejoras acaecidas en la propia captación estadística del fenómeno. Por su parte, la propensión a emigrar a otras Comunidades Autónomas se ha caracterizado por una evolución más estable, aunque se aprecia un descenso de su intensidad a partir de 2008 y un repunte en los años más recientes. En todos los años y para ambos destinos la propensión a emigrar es mayor en los hombres que en las mujeres, siendo más relevantes los diferenciales entre sexos en la que tiene como destino el extranjero.

Proyecciones Poblacionales

Gráfico 1-13

Evolución del Índice Sintético de Emigración Exterior por sexo y destino de la C.A.E. 1998-2020



Nota: media móvil de tres años centrada en el año de referencia.

La evolución de la intensidad emigratoria presenta en los Territorios Históricos un elevado paralelismo con la observada para el conjunto de la C.A. de Euskadi, aunque con diferencias significativas de nivel (Tabla 1.4). Las mayores propensiones a emigrar fuera de la C.A.E. se dan entre los residentes en Álava, especialmente entre la población masculina, mientras que las más bajas se dan en Gipuzkoa en la emigración al resto de España y en Bizkaia en la emigración al extranjero. No obstante, en el último decenio se aprecia un proceso de convergencia en la propensión a emigrar de los residentes en los distintos Territorios Históricos. Así, en el trienio 2012-14 la propensión a migrar de los alaveses superaba a la de los guipuzcoanos en un 47% en los hombres y en un 28% en las mujeres, mientras que en el periodo 2018-20 esos diferenciales se habían reducido al 21 y al 12%, respectivamente.

Tabla 1-4

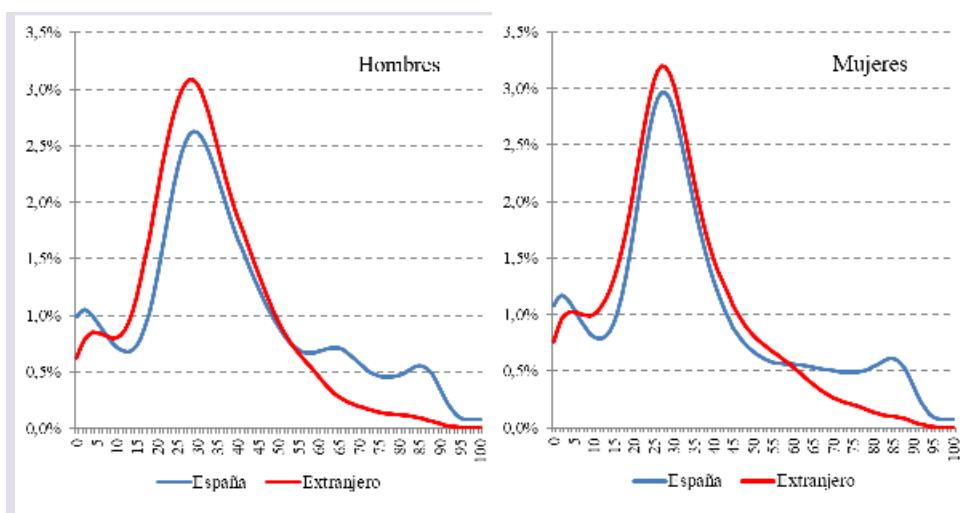
Evolución del Índice Sintético de Emigración al resto del estado y al extranjero por sexo de la C.A. de Euskadi y de los Territorios Históricos.2012-2020. (por mil residentes)

		A otras CC.AA.			Al extranjero			Total		
		2012-14	2015-17	2018-20	2012-14	2015-17	2018-20	2012-14	2015-17	2018-20
Álava/Araba	Hombres	875	993	981	963	576	636	1.838	1.568	1.617
	Mujeres	775	860	868	624	432	481	1.399	1.293	1.349
Bizkaia	Hombres	724	814	866	717	473	468	1.441	1.287	1.334
	Mujeres	689	752	801	566	437	431	1.255	1.188	1.232
Gipuzkoa	Hombres	639	783	789	614	557	549	1.253	1.340	1.338
	Mujeres	590	702	734	499	468	475	1.089	1.170	1.209
C.A.E.	Hombres	719	831	858	721	515	520	1.440	1.346	1.378
	Mujeres	670	752	790	552	446	453	1.222	1.198	1.242

Ante la dificultad que entraña formular hipótesis diferenciadas en función del destino, especialmente de las salidas el extranjero, se ha optado por considerar de forma conjunta la emigración exterior. La hipótesis plantea que durante el periodo de proyección se mantendrá constante la intensidad migratoria observada en el trienio 2018-20. Ese supuesto se ha aplicado tanto al conjunto de la C.A. de Euskadi como a sus Territorios Históricos, y se justifica por la estabilidad del indicador sintético de emigración exterior en los últimos años.

El patrón de la emigración exterior presenta perfiles por edad diferenciados en función del destino (Gráfico 1.14). En la estructura demográfica de la emigración al resto del Estado la mayor emigración se localiza en las edades adultas jóvenes y se encuentra relacionada con la movilidad laboral y la formación de la familia, existiendo también un componente de migración de “arrastre” tal como refleja el peso de la emigración en las edades infantiles. Además, se constata la presencia de otra moda alrededor de los 65 años, indicativa de una migración de retorno, y en las edades más avanzadas, ligada a la pérdida de autonomía personal o viudedad. En ambas modas el patrón de las mujeres es ligeramente más joven que el de los hombres, alrededor de 2-3 años, reflejo de las diferencias entre sexos en la edad de formación de la pareja y la familia. Por su parte, en la emigración al extranjero el peso de la protagonizada por los jóvenes y adultos es mayor; ya que entre los 15 y los 34 años se concentra la mitad de la propensión emigratoria, y se caracteriza también por su bajo componente familiar y la ausencia de movimientos en edades avanzadas. A nivel territorial, los patrones por edad del conjunto de la emigración se adecuan al perfil observado en la C.A.E. aunque se aprecian ligeras diferencias como el mayor peso de la emigración adulta-joven en ambos sexos en Gipuzkoa.

Gráfico 1-14
Patrones relativos de la emigración por sexo y destino de la C.A.E. 2018- 2020



Nota: patrones suavizados.

En síntesis, las tasas de emigración al exterior se mantienen constantes durante todo el periodo de la proyección tanto para la C.A. de Euskadi como para sus Territorios Históricos en los valores promedio observados durante el trienio 2018-2020. No obstante, en términos absolutos las salidas al exterior varían a lo largo del tiempo conforme se modifica la pirámide poblacional, oscilando entre las 30 y las 32 mil salidas cada año. Para el conjunto del periodo 2021-35 se estiman un total de 474 mil salidas de la C.A.E., de las cuales el 18% corresponden a Álava, el 51% a Bizkaia y el 31% a Gipuzkoa.

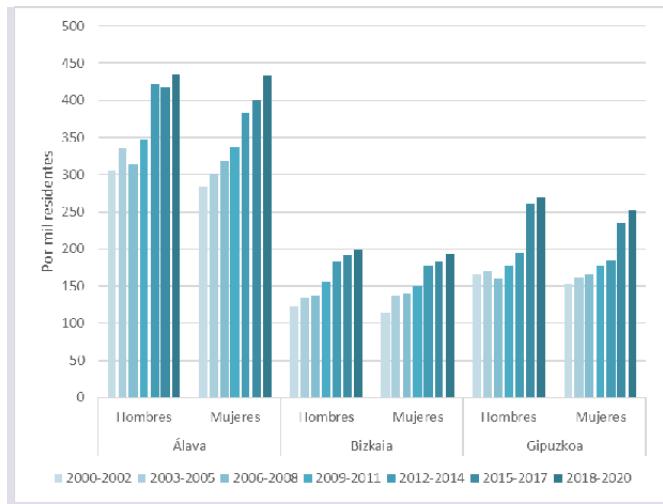
1.3.3 Los movimientos internos entre los Territorios Históricos

En el presente siglo se ha asistido a un incremento sostenido de los intercambios migratorios entre los Territorios Históricos al pasar de los 4 mil de media anual del bienio 2000-01 a los 6 mil anuales del trienio 2018-20. Parte de ese aumento está relacionado con la mayor presencia de población extranjera que se caracteriza por una movilidad residencial más elevada. No obstante, y a pesar de la tendencia ascendente, el volumen de los flujos internos es moderado y su impacto sobre la evolución demográfica de los Territorios Históricos poco significativo, ya que los saldos migratorios internos netos son de escasa cuantía. Así, para el conjunto del trienio 2018-20 han representado un aporte neto de 448 personas en Álava y de 49 en Bizkaia, con la consiguiente pérdida de 537 residentes en Gipuzkoa.

Esa mayor propensión a realizar un cambio de residencia a un municipio de otro Territorio Histórico se refleja en un incremento del 83% en los hombres y del 72% en las mujeres del índice sintético de migración interior (ISMint) desde principios de siglo para el conjunto de los tres ámbitos (Gráfico 1.15). Los residentes en Álava son los que tienen una propensión más elevada a realizar una migración interna, más del doble que para el conjunto de residentes en la C.A.E., siendo claramente inferior entre los habitantes de los otros dos Territorios. Además, ese patrón territorial no se ha visto alterado de forma significativa por el aumento de la movilidad interna, permaneciendo relativamente constantes los diferenciales migratorios. Se estima que en los próximos años se mantendrá la tendencia a un incremento de la propensión migratoria interna, de tal manera que en 2036 será un 20% más elevada en Álava y un 14% en Bizkaia y Gipuzkoa en relación con los valores registrados en el trienio 2018-20.

Gráfico 1-15

Evolución del Índice Sintético de Migración Interior por sexo de los Territorios Históricos. 2000-2020



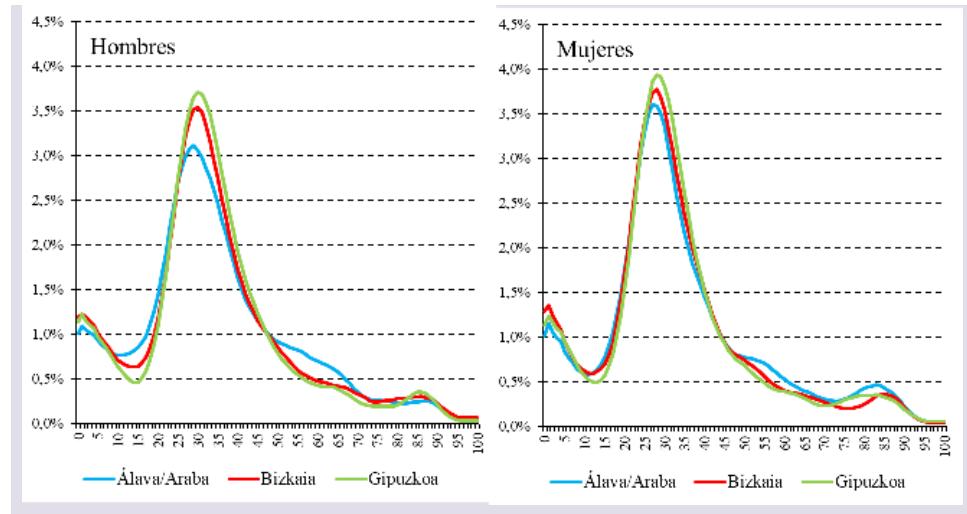
La estructura demográfica de la migración interior se adecua al patrón general de movilidad en las distintas etapas del ciclo vital. Se trata, básicamente, de movimientos relacionados en con la búsqueda de empleo, adquisición de la vivienda y constitución de la familia, ya que en el último trienio la mitad de los movimientos internos fueron de población de 20 a 39 años, con un calendario ligeramente más concentrado y joven en las mujeres. La emigración más elevada en los hombres se localiza alrededor de los 30 años y en las mujeres unos tres años antes como consecuencia del retraso en la edad de emancipación y de los diferenciales por sexo en la edad de inicio a la convivencia. Una parte de esas migraciones la protagonizan familias con hijos, siendo los menores de 15 años el 10% de esos migrantes, mientras que los de 65 y más años sólo representan el 6,5% del total. A nivel territorial se aprecian algunas peculiaridades en los patrones de la migración interna, como el menor peso relativo de las edades adultas-jóvenes en la emigración interior de los hombres alaveses (Gráfico 1.16). La comparación de esos patrones con los de trienios anteriores muestra una elevada similitud en su perfil, reflejo de su estabilidad en el tiempo, y por esta razón se han mantenido constantes a lo largo del periodo proyectado.

El modelo espacial de los intercambios migratorios entre los Territorios Históricos se ha mantenido relativamente constante en los últimos años, ya que alrededor de dos tercios de los migrantes internos que proceden de Álava y Gipuzkoa tienen como destino Bizkaia, mientras que los que tienen su origen en Bizkaia se distribuyen por igual entre los otros dos TT.HH. No obstante, el análisis por grandes grupos de edad ha revelado que las preferencias de los destinos varían en función de la etapa del ciclo vital en que se produce la migración. A modo de ejemplo, en el trienio 2018-20, el 71% de los habitantes de Gipuzkoa de 20 a 39 años que cambiaron su residencia a otro Territorio Histórico lo hicieron a Bizkaia, reduciéndose ese destino al 60% entre los mayores de 65 años.

Proyecciones Poblacionales

Gráfico I-16

Patrones relativos de la migración interior de los Territorios Históricos. 2018-20



Nota: atractores suavizados.

2. La población de la comunidad autónoma de Euskadi y de sus Territorios históricos 2021-2036

El cambio de siglo representó una ruptura en la evolución de la población vasca al revertirse la dinámica regresiva de finales del siglo XX, iniciándose una etapa de crecimiento demográfico hasta alcanzar un máximo de 2,2 millones de habitantes a principios del año 2020. No obstante, esa evolución no ha sido uniforme ya que se ha caracterizado por la presencia de distintas etapas que se encuentran muy condicionadas por el contexto económico y su impacto sobre los flujos migratorios. La tendencia claramente ascendente del primer decenio del siglo se vio truncada por los efectos de la crisis de 2008, produciéndose una estabilización de la población, incluso un ligero retroceso entre 2012 y 2015. A partir del año 2016, una vez superados los efectos de la crisis, se recuperó la senda ascendente, que se vio interrumpida en el 2021 por el impacto de la Covid-19. En paralelo, se ha asistido a una intensificación en el proceso de transformación de la pirámide poblacional, cuya característica fundamental ha sido el incremento de los efectivos de mayores por los avances en la longevidad y por la progresiva llegada a esas edades de generaciones más numerosas. Esas grandes tendencias demográficas han sido comunes a todos los Territorios Históricos, aunque con ciertas peculiaridades en relación con los ritmos y las intensidades de esos procesos.

2.1 Evolución y proyección de la población de la Comunidad Autónoma de Euskadi

El escenario demográfico de la C.A.E plantea que se producirá una ligera reducción de la población a muy corto plazo y una posterior recuperación del crecimiento demográfico hasta alcanzar en el año 2036 una cifra de 2,28 millones de residentes, unas 85 mil personas más que en 2021 (Gráfico 2.1). La tasa de crecimiento para el periodo 2021-2035 se situará en el 2,5 por mil anual, lo que representa un ritmo de crecimiento demográfico inferior al registrado en el primer decenio de este siglo, cuando la tasa alcanzó el 4,2 por mil anual. Esa evolución de la población será fruto de la combinación de pérdidas de población por crecimiento natural con aportaciones netas vía migraciones (Tabla 2.1 y Gráfico 2.2).

Proyecciones Poblacionales

Tabla 2-1

Evolución y proyección de la población y de los fenómenos demográficos de la C.A.E. 2010-2035

	Población	Crecimiento			Saldo			Población
		1 enero	Nacimientos	Defunciones	Natural	Inmigrantes	Emigrantes	
2015	2.173.210	18.862	21.510	-2.648	35.917	32.555	3.362	2.171.886
2016	2.171.886	18.244	21.227	-2.983	40.126	31.255	8.871	2.175.819
2017	2.175.819	17.081	21.636	-4.555	41.861	31.136	10.725	2.180.449
2018	2.180.449	16.100	21.764	-5.664	46.982	32.258	14.724	2.188.017
2019	2.188.017	15.423	21.560	-6.137	52.306	32.838	19.468	2.199.711
2020	2.199.711	14.745	24.251	-9.506	35.221	30.709	4.512	2.193.199
2021	2.193.199	14.360	22.814	-8.454	40.987	35.795	5.192	2.189.937
2022	2.189.937	14.173	22.333	-8.160	41.504	31.881	9.623	2.191.400
2023	2.191.400	14.106	22.111	-8.005	43.389	30.667	12.722	2.196.117
2024	2.196.117	14.155	22.257	-8.102	45.296	30.699	14.597	2.202.611
2025	2.202.611	14.315	22.393	-8.078	45.225	30.774	14.452	2.208.985
2026	2.208.985	14.580	22.530	-7.950	45.178	30.868	14.311	2.215.345
2027	2.215.345	14.968	22.660	-7.692	45.154	30.979	14.175	2.221.828
2028	2.221.828	15.481	22.798	-7.317	45.150	31.105	14.046	2.228.557
2029	2.228.557	15.871	22.921	-7.049	45.166	31.241	13.926	2.235.433
2030	2.235.433	16.236	23.061	-6.825	45.199	31.382	13.817	2.242.425
2031	2.242.425	16.539	23.207	-6.668	45.246	31.524	13.722	2.249.479
2032	2.249.479	16.826	23.366	-6.541	45.305	31.661	13.643	2.256.581
2033	2.256.581	17.101	23.523	-6.422	45.370	31.790	13.579	2.263.739
2034	2.263.739	17.370	23.708	-6.338	45.438	31.907	13.530	2.270.931
2035	2.270.931	17.623	23.920	-6.297	45.503	32.009	13.494	2.278.128

Gráfico 2-1

Evolución y proyección de la población de la C.A. de Euskadi. 1981-2036



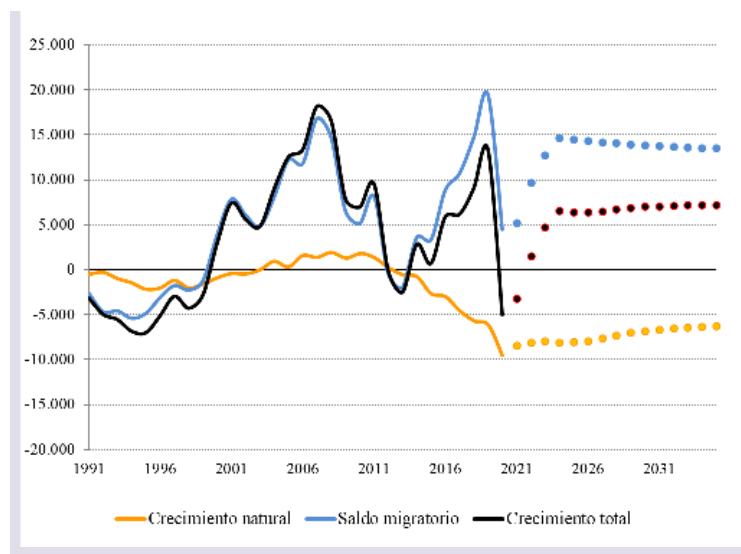
Nota: poblaciones a 1 de enero.

El crecimiento natural se caracterizará por la persistencia de saldos negativos todos los años, aunque las pérdidas serán cada vez de menor cuantía, estimándose que para el conjunto del periodo la diferencia entre nacimientos y defunciones representará una pérdida cercana a las 110 mil personas. Por un lado, y a pesar de los avances previstos en la longevidad, la creciente presencia de población en edades cada vez más avanzadas provocará que la cifra de defunciones al final del periodo será un 11% superior a la registrado en los años previos a la pandemia, hasta alcanzar cifras próximas a las 24 mil anuales. Por otro, si bien se mantendrá la tendencia de reducción de los nacimientos en el corto plazo, se prevé que posteriormente se producirá una ligera recuperación de la natalidad, hasta alcanzar nuevamente cifras de nacimientos similares a las registradas de media en el bienio 2016-17. Esa recuperación de la natalidad será el fruto de la combinación de un ligero repunte de la fecundidad y de la presencia de más efectivos de mujeres en las edades más fecundas, con un incremento del 13% de la población femenina de 25 a 39 años entre 2021 y 2036.

En relación con las migraciones, se prevé un saldo migratorio positivo de la C.A. de Euskadi con el exterior de unas 195 mil personas para el conjunto del periodo 2021-2035, que permitirá compensar las pérdidas debidas al crecimiento natural. En términos comparativos, ese saldo es superior en un 55% al registrado durante los quince años anteriores, entre 2006 y 2020, cuando las migraciones aportaron 126 mil personas, aunque esa cifra está condicionada por los efectos de la crisis económica que comportó años con saldo negativo y más recientemente por el impacto de la Covid-19. A muy corto plazo los saldos serán positivos aunque de muy escasa cuantía, para recuperarse rápidamente hasta oscilar en torno a las 14 mil personas cada año, resultado de unos flujos estimados de unas 45 mil entradas y de unas 31 mil salidas anuales.

Gráfico 2-2

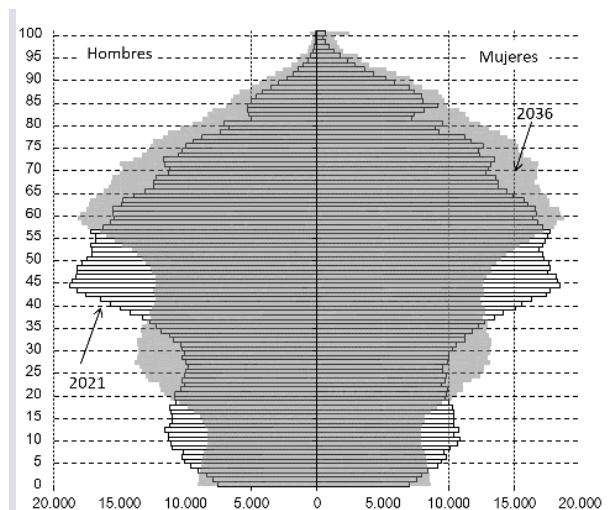
Evolución y proyección de los componentes del crecimiento de la población de la C.A.E. 1991-2030



2.2 Los cambios en la estructura por edades de la población de la C.A.E.

El incremento en la cifra de residentes se verá acompañada por importantes cambios en la estructura etaria de la población de la C.A.E., tal como se constata comparando las pirámides de 2021 y 2036 (Gráfico 2.3). Esas transformaciones responden, por un lado, a la fuerte inercia que caracteriza a las estructuras poblacionales con el tránsito por el perfil de la pirámide de cohortes con importantes diferenciales numéricos y, por otro lado, a la evolución prevista de los distintos fenómenos demográficos y a su interrelación con las estructuras etarias. Las generaciones más numerosas, que actualmente se ubican en las edades centrales, se desplazarán hacia las adultas-maduras, al tiempo que se verán sustituidas por cohortes con menos efectivos. Ese reemplazo generacional provocará que entre 2021 y 2036 los efectivos de 40 a 54 años se reducirán un 24% mientras que aumentarán en un 14% los de 55 a 69 años. En la base de la pirámide, si bien crecerá ligeramente la población de menor edad por la prevista recuperación de la natalidad en los próximos años, se producirá una contracción del conjunto de la población infantil debido a la reducción de los nacimientos en la segunda década de este siglo. Los efectivos de adultos jóvenes, de 20 a 34 años, aumentarán un 24% a medida que las generaciones más “vacías” de la historia reciente, las nacidas en los tres últimos quinquenios del siglo XX, sean reemplazadas por las nacidas en el primer decenio de este siglo, años en los que se asistió a un repunte de la natalidad. Finalmente, se intensificará el proceso de ensanchamiento de la pirámide poblacional por su cúspide por la progresiva llegada a esas edades de generaciones más numerosas y por los avances previstos en la longevidad de la población.

Gráfico 2-3
Pirámides de población de la C.A. de Euskadi. 2021 y 2036



Nota: poblaciones a 1 de enero.

En relación con la evolución de los grandes grupos de edad, la población menor de 16 años verá reducir sus efectivos hasta unos mínimos en torno a las 265 mil personas en 2033, para iniciar posteriormente una ligera recuperación (Tabla 2.2). Se prevé que en el 2036 los efectivos de ese grupo se situarán cercanos a las 270 mil personas, lo que representa una reducción de 45 mil niños y jóvenes (un 12% menos) en relación con los residentes en el año 2021. Por su parte, la población en edad laboral, definida entre los 16 y los 64 años, se caracterizará por una trayectoria de reducción sostenida de sus efectivos, con una pérdida en el horizonte de la proyección de 33 mil personas, es decir un 2% menos que en 2021. Esa evolución romperá con la trayectoria ascendente de ese segmento de edad a finales del siglo pasado, y de posterior estabilización en la primera década de este siglo, estimándose que en 2036 se retrocederá a cifras similares a las de mediados de los años setenta del siglo pasado. Finalmente, la población de 65 y más años mantendrá la tendencia de crecimiento sostenido, al pasar de 504 a 667 mil personas entre 2021 y 2036, lo que representa un 32% más de mayores. En términos relativos, los menores 16 años verán reducir su peso en el conjunto de la población en casi tres puntos porcentuales (del 14,4 al 11,8%), los de 16 a 64 años en casi cuatro puntos (del 62,6 al 58,9%), mientras que el peso relativo de los mayores aumentará del 23,0 al 29,3%. Esos cambios en la estructura etaria se reflejan en la evolución de la edad media de la población que a principios del siglo XXI era de 41,5 años y durante el periodo proyectado aumentará de los 45,8 años de 2021 a los 48,5 de 2036, es decir un incremento de 2,7 años. Paralelamente, la edad mediana, que en 2016 era de 46,1 años, aumentará en 3,9 años, de tal manera que en 2036 más de la mitad de la población vasca tendrá 50 o más años y uno de cada cuatro tendrá 67 o más años. 46,1 años, aumentará en 3,9 años, de tal manera que en 2036 más de la mitad de la población vasca tendrá 50 o más años y uno de cada cuatro tendrá 67 o más años.

Tabla 2-2

Evolución y proyección de la población de la C.A. de Euskadi por grandes grupos de edad. 2001-2036

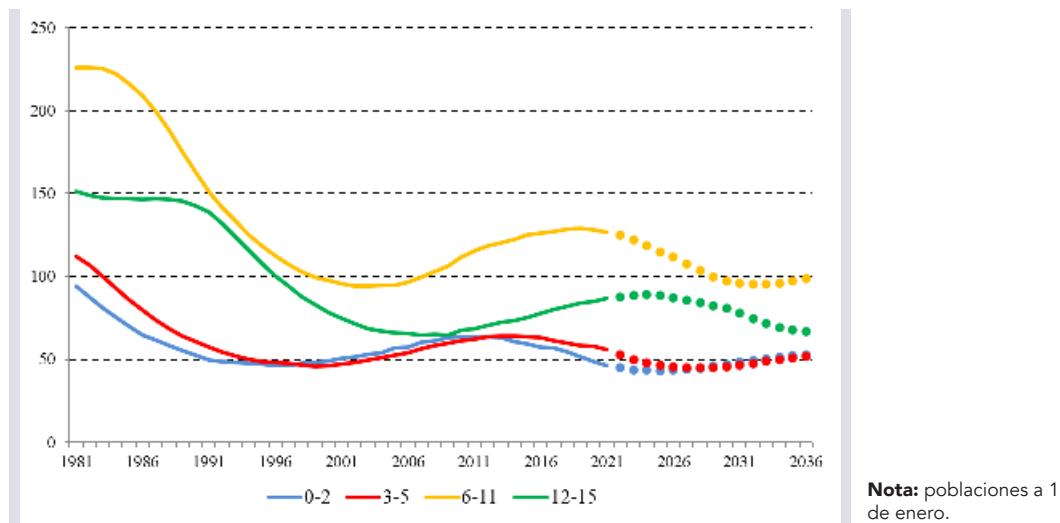
	Población en miles				Distribución relativa				Edad media
	0-15	16-64	65+	Total	0-15	16-64	65+	Total	
2001	267,5	1.446,0	365,6	2.079,2	12,9%	69,5%	17,6%	100,0%	41,5
2006	273,0	1.450,9	391,5	2.115,4	12,9%	68,6%	18,5%	100,0%	42,9
2011	309,3	1.440,4	424,3	2.174,0	14,2%	66,3%	19,5%	100,0%	43,6
2016	324,0	1.382,7	465,2	2.171,9	14,9%	63,7%	21,4%	100,0%	44,8
2021	315,5	1.373,6	504,1	2.193,2	14,4%	62,6%	23,0%	100,0%	45,8
2022	309,7	1.368,1	512,2	2.189,9	14,1%	62,5%	23,4%	100,0%	46,1
2023	304,1	1.365,2	522,1	2.191,4	13,9%	62,3%	23,8%	100,0%	46,3
2024	298,6	1.365,0	532,5	2.196,1	13,6%	62,2%	24,2%	100,0%	46,6
2025	292,6	1.366,1	543,8	2.202,6	13,3%	62,0%	24,7%	100,0%	46,8
2026	287,3	1.366,9	554,8	2.209,0	13,0%	61,9%	25,1%	100,0%	47,0
2027	281,8	1.368,2	565,3	2.215,3	12,7%	61,8%	25,5%	100,0%	47,2
2028	276,9	1.368,9	576,0	2.221,8	12,5%	61,6%	25,9%	100,0%	47,3
2029	272,9	1.368,2	587,4	2.228,6	12,2%	61,4%	26,4%	100,0%	47,5
2030	270,6	1.364,9	600,0	2.235,4	12,1%	61,1%	26,8%	100,0%	47,7
2031	268,1	1.362,6	611,7	2.242,4	12,0%	60,8%	27,3%	100,0%	47,9
2032	266,4	1.360,0	623,0	2.249,5	11,8%	60,5%	27,7%	100,0%	48,0
2033	265,5	1.356,6	634,4	2.256,6	11,8%	60,1%	28,1%	100,0%	48,1
2034	266,0	1.352,5	645,3	2.263,7	11,8%	59,7%	28,5%	100,0%	48,3
2035	267,6	1.347,2	656,2	2.270,9	11,8%	59,3%	28,9%	100,0%	48,4
2036	269,9	1.340,9	667,3	2.278,1	11,8%	58,9%	29,3%	100,0%	48,5

Nota: poblaciones a 1 de enero.

Proyecciones Poblacionales

El sistema educativo ha sido uno de los ámbitos más afectados en las últimas décadas por los cambios en la dinámica demográfica. Las cifras son elocuentes, en las dos últimas décadas del siglo pasado la población menor de 16 años se redujo en un 55%, de las 584 mil personas de 1981 a las 268 mil de 2001, produciéndose en este siglo una recuperación de sus efectivos hasta los 325 mil del año 2017. En los próximos años se mantendrá la reciente tendencia descendente, aunque con trayectorias y ritmos dispares a medida que vayan repercutiendo en los distintos ciclos educativos las oscilaciones en la natalidad. La población preescolar mantendrá la tendencia de reducción de sus efectivos a corto plazo, hasta unos 43 mil niños en 2025, para repuntar en años posteriores, con un incremento del 14% entre 2021 y 2036. La población de 3 a 5 años también se reducirá a corto plazo y posteriormente se recuperará, pero sin alcanzar las cifras de 2021, con una caída del 7% de sus efectivos en 2036. Por su parte, la población de 6 a 11 años se reducirá hasta cifras ligeramente por debajo de los 100 mil efectivos al final del periodo, lo que representa una caída del 22%. Finalmente, la población cuyas edades se corresponden con la educación secundaria obligatoria, si bien aumentará a muy corto plazo, se caracteriza por una tendencia claramente descendente, con una reducción del 24% entre 2021 y 2036 (Gráfico 2.4).

Gráfico 2-4
Evolución y proyección de la población en los ciclos educativos. 1982- 2036



Nota: poblaciones a 1 de enero.

La dinámica demográfica futura tendrá también importantes repercusiones sobre el mercado de trabajo (Tabla 2.3). La ligera reducción de los efectivos de 16 a 64 años, que en el horizonte de la proyección se sitúan en 1,41 millones de personas, se verá acompañada por cambios en su estructura interna. La edad media de la población en edad laboral se mantendrá en los próximos años relativamente constante, próxima a los 44 años, pero esa estabilidad será el resultado de evoluciones contrastadas en función del segmento de edad, de incrementos en los más jóvenes y maduros y de reducciones en las edades centrales. Así, los efectivos de población de 16 a 34 años se incrementarán en un 18% y los de 55 a 66

años en un 11%, mientras que los de 35 a 54 años se reducirán en un 20% entre 2021 y 2036. En términos relativos, en el año 2021 el 46% de la población en edad de trabajar tenía de 35 a 54 años, mientras que en 2036 se estima que el peso de ese segmento de edad se habrá reducido hasta el 37%.

Tabla 2-3

Evolución y proyección de la población de 16 a 64 años y de su estructura interna de la C.A. de Euskadi. 2001-2036

	Población en miles						RDD-1	RDD-2	Edad Media	IRPA
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-66	Total				
2001	252,6	345,5	333,5	286,2	274,5	1.492,3	41,8	39,3	40,2	1,304
2006	194,4	347,3	344,7	306,9	296,1	1.489,5	44,2	42,0	41,3	0,921
2011	169,0	305,3	358,2	334,8	323,3	1.490,5	49,2	45,9	42,6	0,711
2016	161,2	235,6	352,6	341,1	343,9	1.434,3	55,0	51,4	43,6	0,653
2021	184,6	208,7	307,1	351,8	375,2	1.427,3	57,2	53,7	44,0	0,677
2022	187,5	207,6	294,0	354,2	380,6	1.423,9	57,6	53,8	44,1	0,675
2023	191,1	209,0	282,2	355,7	385,6	1.423,5	58,0	53,9	44,1	0,674
2024	195,5	211,0	272,0	357,1	389,3	1.424,9	58,3	54,1	44,1	0,680
2025	200,0	215,2	263,7	356,4	392,0	1.427,4	58,7	54,3	44,0	0,689
2026	203,3	220,0	256,6	354,1	394,9	1.429,0	59,0	54,6	44,0	0,694
2027	206,7	224,8	250,8	349,9	397,7	1.429,9	59,3	54,9	43,9	0,703
2028	209,5	229,2	247,0	344,1	401,1	1.430,8	59,7	55,3	43,9	0,708
2029	210,7	234,4	244,5	337,0	404,7	1.431,4	60,4	55,7	43,8	0,707
2030	210,5	239,8	242,8	328,4	408,7	1.430,2	61,3	56,3	43,8	0,700
2031	210,6	244,8	242,2	318,8	412,3	1.428,6	62,1	57,0	43,8	0,694
2032	210,0	249,3	242,8	308,3	415,0	1.425,3	63,0	57,8	43,7	0,690
2033	208,4	253,6	244,5	298,2	417,2	1.422,0	64,0	58,7	43,7	0,679
2034	205,1	258,5	246,1	289,0	418,9	1.417,7	65,1	59,7	43,6	0,662
2035	201,2	262,3	249,2	281,2	418,6	1.412,5	66,4	60,8	43,6	0,643
2036	196,6	265,6	252,8	274,5	417,4	1.406,9	67,7	61,9	43,6	0,623

Nota: en la RDD-1 se utiliza como denominador la población de 15 a 64 años siguiendo una definición más clásica, mientras que en la RDD-2 el denominador es la población en edad de trabajar, la de 16 a 66 años.

Nota: poblaciones a 1 de enero.

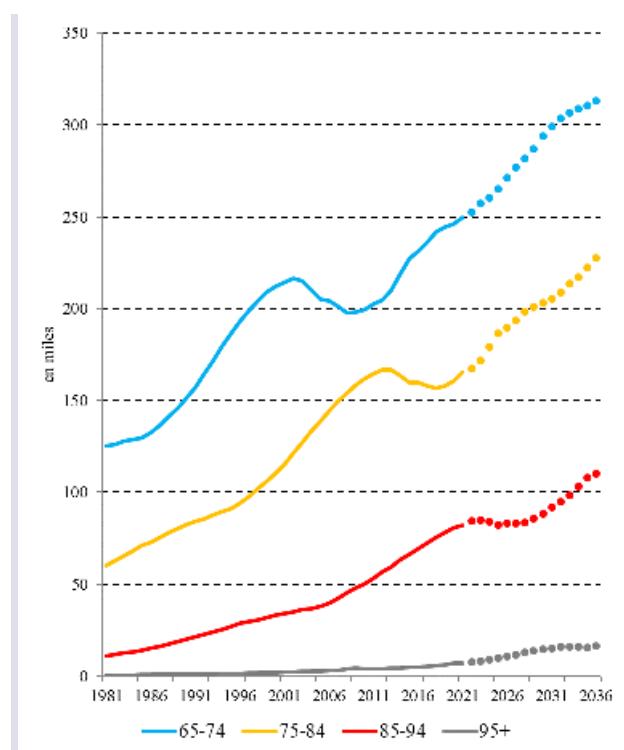
El análisis dinámico, comparando la evolución de los efectivos de las cohortes que entran en las primeras edades laborales (16-24 años) y las que salen de ellas (58-66 años), indica que se mantendrá la tendencia a una menor presión demográfica sobre el mercado de trabajo. Desde el año 2004, y en base a la definición aquí utilizada, el índice de reemplazo de la población potencialmente activa (IRPA) se ha situado por debajo de la unidad, es decir el número de salidas ha superado al de las entradas, contrastando con la alta presión sobre el empleo de la segunda mitad de los años setenta, cuando las entradas en edad laboral más que duplicaban las salidas. En los años venideros ese índice continuará reduciéndose hasta un valor de 62 entradas por cada 100 salidas en el año 2036.

La población mayor, de 65 y más años, verá en los próximos tres quinquenios aumentar sus efectivos en unas 163 mil personas, hasta representar el 29,3% de los residentes en la C.A.E. en 2036 (Tabla 2.4). Los mayores ritmos de crecimiento se darán en los efectivos de mayor edad, lo que ahondará en el proceso de “sobre envejecimiento” del colectivo de mayores, ya que la población de 65 a 74 crecerá un 25%, la de 75 a 84 y la de 85 a 94 años en torno al 35%, y la de 95 y más años un 125%. Junto a esa tendencia de fondo, la evolución de los distintos

Proyecciones Poblacionales

grupos de edad que conforman la población mayor vendrá modulada por el tránsito por esas edades de las cohortes nacidas durante la Guerra Civil y la inmediata posguerra (Gráfico 2.5). Ese efecto se observa claramente en la evolución de la población de 85 a 94 años con una reducción de sus efectivos a muy corto plazo, coincidiendo con la presencia en esas edades de cohortes menos numerosas, y su posterior incremento en el medio plazo. Otra característica será una ligera reducción del desequilibrio entre sexos, aunque continuará persistiendo un elevado grado de “feminización” entre la población mayor. En el conjunto del periodo la relación de feminidad de la población de 65 y más años se reducirá de 134 a 128 mujeres por cada 100 hombres, y entre la población de 85 y más años de 211 a 182 mujeres por cada 100 hombres.

Gráfico 2-5
Evolución y proyección de los efectivos de personas mayores por segmento de edad. C.A. de Euskadi 1981-2036



Nota: poblaciones a 1 de enero.

Tabla 2-3
Evolución y proyección de la composición de la población de 65 y más años de la C.A. de Euskadi. 2001-2036

	2001	2006	2011	2016	2021	2026	2031	2036
Población 65+ (miles)	365.644	391.544	424.298	465.174	504.053	554.832	611.701	667.289
% sobre el total	17,59%	18,51%	19,52%	21,42%	22,98%	25,12%	27,28%	29,29%
65-75 / 65+	58,60%	52,20%	47,77%	49,68%	49,48%	48,84%	48,91%	46,90%
75-84 / 65+	31,53%	36,88%	38,75%	34,34%	32,78%	34,19%	33,56%	34,13%
85-94 / 65+	9,29%	10,16%	12,55%	14,91%	16,31%	15,02%	15,06%	16,54%
95+ / 65+	0,58%	0,76%	0,94%	1,07%	1,43%	1,95%	2,47%	2,44%
Índice feminización 65+	140	140	139	137	134	132	130	128
Índice feminización 85+	280	276	250	227	211	208	194	182

Nota: poblaciones a 1 de enero.

La dispar evolución de los grandes grupos de edad acentuará la tendencia a un aumento de la relación de dependencia demográfica (RDD). A principios de siglo esa relación era de 39 personas en edad de no trabajar por cada 100 personas de 16 a 66 años y en el año 2021 había aumentado hasta las 54 personas, proveyéndose que en el 2036 se sitúe en 62 jóvenes y mayores por cada 100 personas de 16 a 66 años. En esa evolución contrasta la estabilidad en la parte de la RDD debida a los jóvenes, en torno a 19-21 menores de 16 años por cada 100 personas en edad laboral, con el fuerte incremento que se producirá en la de los mayores, que pasará de 32 a 43 personas de 67 y más años por cada 100 personas de 16 a 66 años entre 2021 y 2036.

2.3 La dinámica demográfica futura de los Territorios Históricos

La población de todos los Territorios Históricos aumentará en los próximos quince años, aunque con significativas diferencias de intensidad, dándose el mayor crecimiento relativo en Álava y el menor en Bizkaia (Tabla 2.5). Esas diferencias serán debidas al componente natural del crecimiento de la población, ya que los saldos migratorios jugarán un papel similar en los tres territorios (Gráfico 2.6).

Álava/Araba será el territorio más dinámico demográficamente, con un incremento de su población del 7,0% entre 2021 y 2036. La tasa de crecimiento se situará en el 4,5 por mil anual, superando a la observada en la segunda década del siglo, pero claramente inferior a la del primer decenio, cuando la población alavesa creció a un ritmo del 11,3 por mil anual. En comparación con los otros territorios, su mayor tasa de crecimiento se deberá básicamente a un crecimiento natural menos negativo en los próximos quinquenios. En el conjunto de periodo la diferencia entre nacimientos y defunciones de sus residentes restará algo más de 7 mil personas, mientras que el saldo migratorio aportará unas 30 mil.

Bizkaia incrementará su población en poco más de 24 mil personas, lo que equivale a un 2,1% más de residentes en 2036, aunque a corto plazo se producirán ligeras pérdidas de población. La tasa de crecimiento se situará en el 1,4 por mil anual, que contrasta con las pérdidas de población de la segunda década de este siglo. Este territorio se caracteriza por ser el que tendrá un crecimiento natural más negativo, con una pérdida cercana a las 74 mil personas, que se verá compensada por la aportación vía migración neta de unas 98 mil personas.

Gipuzkoa se situará en una posición intermedia con un incremento de su población del 5,3%, lo que representa casi 38 mil habitantes más que en 2021. La tasa de

Proyecciones Poblacionales

crecimiento de la población se situará en el 3,4 por mil anual, que es un valor similar al registrado en el conjunto de las dos primeras décadas de este siglo. En el periodo proyectado, la diferencia entre nacimientos y defunciones restará 29 mil personas y el saldo migratorio aportará cerca de 67 mil.

Tabla 2-5

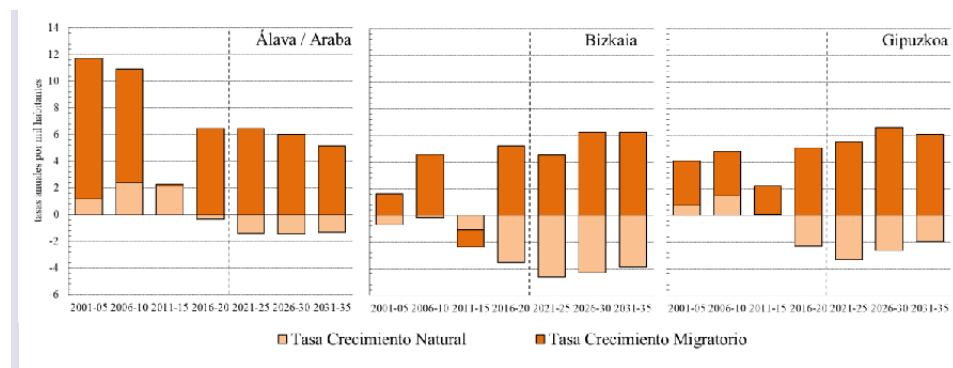
Evolución y proyección de la población de los Territorios Históricos. 2001- 2036

	Población en miles			Álava/Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Álava/Araba	Bizkaia	Gipuzkoa
	Álava/Araba	Bizkaia	Gipuzkoa						
2001	284,6	1.122,2	672,4	86,2	98,1	93,5	13,7%	54,0%	32,3%
2006	301,8	1.127,3	686,3	91,4	98,5	95,5	14,3%	53,3%	32,4%
2011	318,7	1.152,4	702,9	96,5	100,7	97,8	14,7%	53,0%	32,3%
2016	322,3	1.138,9	710,7	97,6	99,5	98,9	14,8%	52,4%	32,7%
2021	330,2	1.144,1	718,9	100,0	100,0	100,0	15,1%	52,2%	32,8%
2022	331,1	1.140,9	718,0	100,3	99,7	99,9	15,1%	52,1%	32,8%
2023	332,5	1.140,2	718,7	100,7	99,7	100,0	15,2%	52,0%	32,8%
2024	334,6	1.140,5	721,0	101,3	99,7	100,3	15,2%	51,9%	32,8%
2025	336,7	1.142,0	723,9	102,0	99,8	100,7	15,3%	51,8%	32,9%
2026	338,6	1.143,5	726,8	102,6	99,9	101,1	15,3%	51,8%	32,9%
2027	340,4	1.145,3	729,6	103,1	100,1	101,5	15,4%	51,7%	32,9%
2028	342,1	1.147,3	732,5	103,6	100,3	101,9	15,4%	51,6%	33,0%
2029	343,6	1.149,6	735,4	104,1	100,5	102,3	15,4%	51,6%	33,0%
2030	345,1	1.152,1	738,3	104,5	100,7	102,7	15,4%	51,5%	33,0%
2031	346,5	1.154,6	741,3	104,9	100,9	103,1	15,5%	51,5%	33,1%
2032	347,9	1.157,3	744,4	105,4	101,1	103,5	15,5%	51,4%	33,1%
2033	349,2	1.160,0	747,4	105,8	101,4	104,0	15,5%	51,4%	33,1%
2034	350,5	1.162,7	750,5	106,2	101,6	104,4	15,5%	51,4%	33,2%
2035	351,8	1.165,5	753,6	106,6	101,9	104,8	15,5%	51,3%	33,2%
2036	353,1	1.168,3	756,7	107,0	102,1	105,3	15,5%	51,3%	33,2%

Nota: poblaciones a 1 de enero.

Gráfico 2-6

Evolución y proyección de los componentes del crecimiento de la población de los Territorios Históricos. 2001-2035

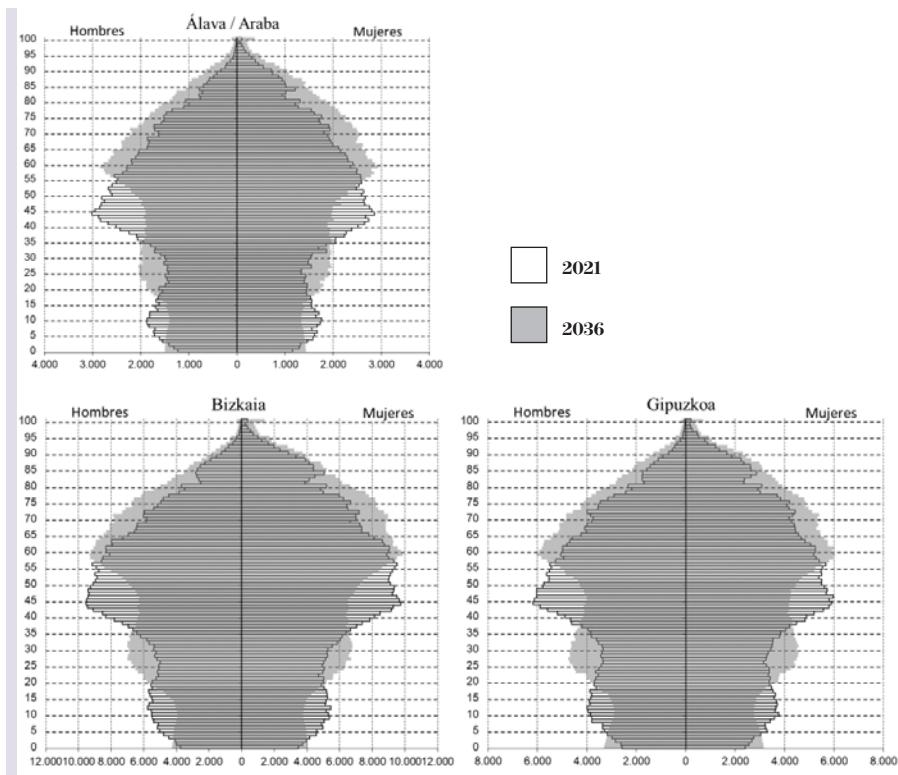


Los diferentes ritmos de evolución de la población de los Territorios Históricos prolongaran la tendencia de los últimos quinquenios hacia un progresivo aumento del peso relativo de la población de Álava y una recuperación de la de Gipuzkoa en detrimento de la de Bizkaia en el seno de la C.A. de Euskadi. En el año 2036 se

prevé que el 15,5% de la población residirá en Álava (1,8 puntos porcentuales más que en 2001), el 51,3% en Bizkaia (2,7 puntos menos que a principios de siglo), y el 33,2% en Gipuzkoa.

La transformación de las pirámides de población de los Territorios Históricos será en sus grandes rasgos similar a la descrita para el conjunto de la Comunidad Autónoma de Euskadi, es decir acceso a las edades adultas maduras de generaciones numerosas y llegada a las edades adultas de cohortes poco numerosas (Gráfico 2.7). No obstante, la comparación de las pirámides en 2036 muestra algunas peculiaridades territoriales como el mayor peso de la población infantil en Álava y Gipuzkoa, o la mayor representación de la población en las edades en torno a la jubilación en Bizkaia. Esas diferencias se reflejan en la edad media de la población que en 2036 se situará alrededor de los 47,8 años en Álava y Gipuzkoa, y en 49,2 años en Bizkaia.

Gráfico 2.7
Pirámides de población de los Territorios Históricos. 2021 y 2036



La estructura por grandes grupos de edad de los Territorios Históricos presenta como rasgo común entre 2021 y 2036 la reducción de los efectivos de población infantil y de edades adultas centrales, y el incremento de los contingentes de mayores y de adultos-jóvenes, aunque se aprecian diferencias en relación con la intensidad de esas transformaciones (Tabla 2.6). Así, en la población infantil contrasta, en comparación con los otros territorios,

Proyecciones Poblacionales

la fuerte reducción de sus efectivos que se producirá en Bizkaia debido a los menores niveles de fecundidad de su población. En las edades adultas, de 16 a 64 años, los efectivos de población se mantendrán relativamente constantes en Álava y Gipuzkoa, con ligeras ganancias en la primera y pérdidas en la segunda, mientras que se reducirán en algo más de un 4% en Bizkaia. Finalmente, la variación de los efectivos de 65 y más años revestirá su mayor intensidad en Álava, con un incremento relativo del 40%, mientras que en los otros dos territorios se situará en torno al 31%. A raíz de esas evoluciones, Bizkaia continuará siendo el Territorio Histórico con una estructura demográfica más envejecida.

Tabla 2-6

Población de la C.A.E. y de los TT.HH. por grandes grupos de edad. 2021 y 2036.

	Población (miles)		Variación		Distribución relativa	
	2021	2036	Absoluta	Relativa	2021	2036
Álava/ Araba	0-15	51,3	45,4	-5,9	-11,4%	15,5%
	16-64	207,5	207,7	0,2	0,1%	62,9%
	65+	71,4	100,0	28,7	40,1%	21,6%
	Total	330,2	353,1	23,0	7,0%	100,0%
Bizkaia	0-15	156,9	128,7	-28,2	-18,0%	13,7%
	16-64	719,4	687,5	-31,9	-4,4%	62,9%
	65+	267,8	352,1	84,3	31,5%	23,4%
	Total	1.144,1	1.168,3	24,1	2,1%	100,0%
Gipuzkoa	0-15	107,3	95,8	-11,5	-10,7%	14,9%
	16-64	446,6	445,7	-0,9	-0,2%	62,1%
	65+ 1	64,9	215,2	50,3	30,5%	22,9%
	Total	718,9	756,7	37,8	5,3%	100,0%
C.A.E.	0-15	315,5	269,9	-45,6	-14,5%	14,4%
	16-64	1.373,6	1.340,9	-32,7	-2,4%	62,6%
	65+	504,1	667,3	163,2	32,4%	23,0%
	Total	2.193,2	2.278,1	84,9	3,9%	100,0%

Nota: poblaciones a 1 de enero.

ANEXO

Notas al pie

- 1** Los análisis se han realizado sin considerar los datos del año 2020 con el fin de eliminar el impacto de la Covid-19 sobre la tendencia de fondo de evolución de la mortalidad.
- 2** Esta evolución es ligeramente menos favorable que la prevista en la anterior proyección de la C.A.E., la 2016-2031, en la que se preveían unas esperanzas de vida en torno a 0,4 años más altas en ambos sexos.
- 3** Los valores extrapolados para los años 2021 y 2022 se han modificado a la baja para que el número de defunciones fuese coherente con las cifras de defunciones ya disponibles para esos años. El valor tendencial extrapolado de la esperanza de vida al nacer del año 2021 se ha reducido en 0,47 años en los hombres y en 0,32 años en las mujeres, mientras que el del año 2022 se ha reducido en 0,15 años en ambos sexos.
- 4** El INE publica los flujos de inmigración del resto de CC.AA. a la C.A.E. proyectados por sexo y edad para cada año del periodo 2021-2036. No obstante, se ha optado por no utilizar esa información ya que la proyección de los flujos migratorios por parte del INE se realiza en base a la información de la Estadística de Migraciones que ofrece un volumen de intercambios migratorios inferior al que se deriva de la Estadística de Variaciones Residenciales. Por tanto, adoptar los flujos de inmigración proyectados por el INE provocaría una ruptura entre la serie proyectada y la registrada de movimientos migratorios del resto del Estado difundida por EUSTAT.
- 5** Este flujo de inmigración del extranjero es significativamente superior al previsto en la anterior proyección de la C.A.E., la del periodo 2016-2031. En esa proyección el promedio anual de llegadas del extranjero se estableció en poco más de 16 mil cada año.

1. Situación de partida

El Plan de Salud surge desde la consideración de los logros en salud adquiridos hasta el presente y desde la evolución de las estructuras y de las políticas que han contribuido a obtener dichos niveles en salud. También considera las áreas de mejora, aquellos aspectos, a nivel de políticas, de acciones, de situaciones, carencias o problemas con incidencia en la salud, donde se puede y se debe trabajar para continuar progresando en materia de logros y de mejora de la salud de toda la población. Asimismo, explora los condicionantes sociales y anticipa los riesgos y amenazas que pueden preverse a nivel global y que podrían producirse en nuestro territorio afectando a la salud de la población. Finalmente, una mirada a la experiencia vivida en el despliegue del Plan de Salud 2013-2020 aporta lecciones útiles para el presente y el futuro. En el presente capítulo se traslada un resumen de estos aspectos más relevantes.

1.1 Estado de situación. La salud en Euskadi

Durante los últimos años, el estado de la salud en todo el planeta ha estado condicionado por la experiencia del COVID-19. Tras la fase aguda de la pandemia, es necesario considerar los efectos que ha dejado en la sociedad y que será necesario abordar, y también adoptar una mirada amplia, necesaria, hacia las principales condiciones de morbilidad y mortalidad de la población de Euskadi y a sus factores de riesgo o determinantes.

Se ha intentado ofrecer los últimos datos disponibles en el momento de la redacción de este documento. Es importante considerar, además, que la pandemia cambió en parte el registro y seguimiento de muchas de las series de datos, por lo que los datos recogidos en los años 2020 y 2021 no siempre trasladan una perspectiva fiable de algunos problemas de salud. Será necesario cotejar los datos de 2023 y 2024 para obtener información más robusta.

Datos demográficos

La población de Euskadi se ha mantenido bastante estable en términos absolutos en las últimas décadas. En julio del 2023, la población registrada en Eustat es 2.201.462¹, solo un 1% superior a la población registrada en 2012 y 2,6% a la de 1982². Esta estabilidad encierra un saldo vegetativo negativo continuado, aunque con alguna ligera variación, desde hace al menos tres décadas^{3,4}, determinado fundamentalmente por una caída acentuada de la natalidad.

La pandemia de COVID-19 ha alterado el patrón de enfermedad y el estado de salud de la población de Euskadi

Así, entre 2013 y 2023 la natalidad se ha reducido en cerca de 30% y más de un 40% desde los años 80. Desde 2020 la tasa de natalidad por cada 1.000 habitantes se ha situado en Euskadi por debajo de 7 por primera vez desde que existen registros. En 2022, la tasa de natalidad por 1000 habitantes fue de 6,2 y en 2023 (dato provisional) 6,1⁵.

El número de nacimientos medio por mujer, o tasa de fecundidad, ha ido descendiendo hasta 1,22, lejos del reemplazo generacional. Según proyecciones publicadas por Eustat, no parece que las generaciones menores de 40 años señalen una recuperación de la fecundidad a corto plazo⁶.

La población de Euskadi se caracteriza por ser una sociedad envejecida con un fuerte desequilibrio generacional

Como consecuencia directa de la reducción de la natalidad, la distribución demográfica de Euskadi muestra un marcado envejecimiento poblacional. Así, la población de 65 y más años alcanza en julio de 2023 el 23,8% de la población total, mientras que en 2013 ese porcentaje era del 20,2% según refiere Eustat⁷.

Por su parte, el porcentaje de personas menores de 20 años sobre el total poblacional apenas ha variado, situándose en el 17,8%. En consecuencia, la proporción actual entre menores de 20 años y mayores de 65 es de 0,75, implicando un envejecimiento progresivo de la población. Esta evolución demográfica sitúa la edad media en Euskadi en 45,7 años frente a 43,5 de edad media en 2013.

Es decir, se da un importante desequilibrio generacional, con una población mayor muy superior a la población más joven. En 2021, el índice de dependencia de las personas mayores, o población de 65 y más años respecto a la población de entre 20 y 64 años, se situó en 39,1 personas por cada 100 en edad productiva. Este índice ha aumentado en un 40% desde los valores de 2001⁸ (Figura 1).

Por su parte, la mortalidad ajustada por edad ha ido disminuyendo paulatinamente a lo largo de las últimas décadas, hasta el año 2019. Condicionada por la aparición del COVID-19, en 2020, el número de defunciones en Euskadi ascendió en un 12,5% respecto a las cifras de 2019. De hecho, un 12,8% de todas las muertes ocurridas en 2020 se atribuyeron al COVID-19 como causa fundamental⁹.

Con la excepción del exceso de mortalidad asociado a la pandemia, la esperanza de vida al nacimiento, o vida media, ha ido aumentando regularmente hasta el año 2019 a medida que disminuía la mortalidad. En el año 2022, la esperanza de vida se ha

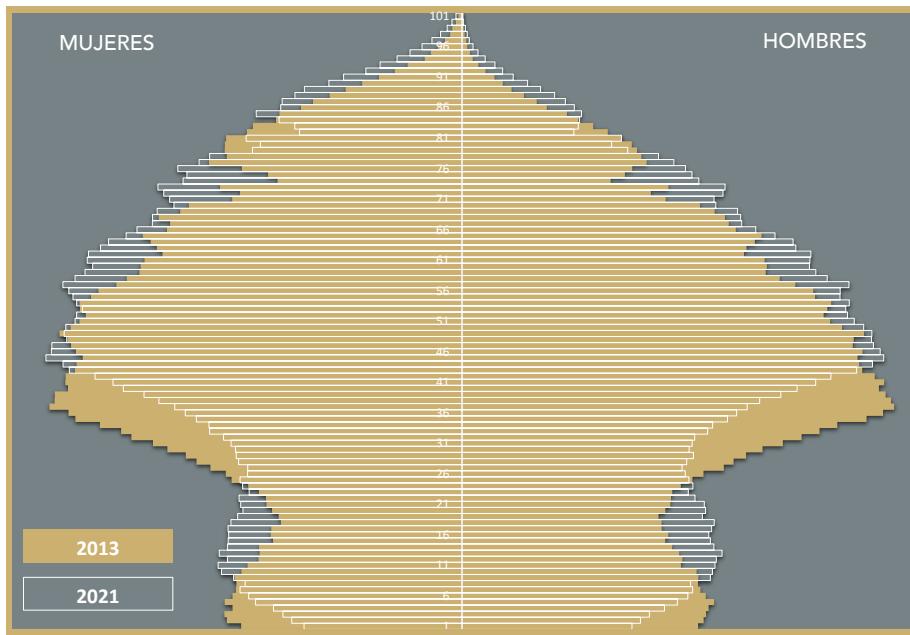


Figura 1 - Pirámides de población C.A. Euskadi 2013-2021
fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eustat.

recuperado en gran parte llegando a ser de 86,0 años en mujeres y de 80,5 años en hombres. Son cifras ligeramente superiores a las obtenidas en el 2017, aunque algo inferiores todavía a las del 2018; y es que en 2022, aún no se ha recuperado del todo la pérdida en esperanza de vida ocasionada por la pandemia¹⁰.

La estabilidad del número de habitantes que se ha conseguido en las últimas décadas en Euskadi, se ha debido a un saldo migratorio positivo que ha permitido compensar el saldo vegetativo negativo¹¹. En conjunto, la población empadronada en Euskadi de origen extranjero se cifra en 253.038 personas a 1 de enero de 2022, según datos de Ikuspegia, Observatorio Vasco de Inmigración, lo que supone el 11,5% de la población total¹².

Según proyecciones demográficas hasta el 2036, realizadas por Eustat, el crecimiento de población que podría darse en Euskadi en los próximos años se deberá exclusivamente al saldo migratorio. Se estima que éste podría dar lugar a que Euskadi ganara cerca de 194.700 personas por vía migratoria, lo que compensaría un saldo vegetativo negativo de unas 109.900 personas en el mismo periodo debido al aumento de las defunciones y a la disminución de los nacimientos. Es importante notar que, aunque la mortalidad ajustada por edad disminuya por mejoras en la calidad de vida, incluidas las mejoras asistenciales, la mortalidad en términos absolutos aumentaría por el envejecimiento poblacional. Según estas mismas proyecciones de Eustat, el saldo migratorio no haría variar el envejecimiento de Euskadi, que se prevé siga aumentando¹³.

Bienestar

La esperanza de vida al nacer de los hombres y mujeres de Euskadi alcanza su máximo histórico en 2019, con cerca de 80,8 años en hombres y 86,6 en mujeres. Este parámetro ha experimentado una tendencia positiva continuada a lo largo de los registros, al menos desde 1975 hasta 2019. En 2020, asociado a la pandemia COVID-19 se produjo un descenso, del que en 2022 se ha recuperado parcialmente hasta alcanzar los 80,5 años en hombres y 86,1 en mujeres¹⁴.

Al igual que en otros territorios, en Euskadi se observan diferencias significativas en la esperanza de vida al nacer en función de la zona de residencia, de manera que aquellas zonas socioeconómicamente más desfavorecidas se asocian a menor longevidad. En 2017, se estimó que esta brecha puede alcanzar hasta 6 años en mujeres y 9 años en hombres. Aunque, excluyendo las zonas más extremas, el 90% de las zonas residenciales se encuentran en un rango de variación de la esperanza de vida al nacer de 4 años¹⁵.

La última Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) mostró, en 2023, una reducción de la **esperanza de vida libre de discapacidad** en los hombres de 1,3 años con respecto a los datos anteriores de 2018, mientras se redujo en 1,5 años. También, se observó una reducción con respecto a la encuesta anterior del 2018 del 4% en el porcentaje de personas que consideran que **su salud es buena o muy buena**, llegando al 71,8% de las mujeres y al 82,0% de los hombres¹⁶.

La población de Euskadi se caracteriza por ser una sociedad envejecida con un fuerte desequilibrio generacional

A su vez, el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2023, estima que, en 2021, Euskadi los años de vida saludable a los 65 años, alcanzan los 19,2 años adicionales en buena salud, superando los 18,7 años observados a nivel estatal¹⁷.

La población de Euskadi de más de 16 años valora con 7,3 puntos su satisfacción con la vida en general, según la encuesta de condiciones de vida 2023 de Eustat. Esta puntuación ha empeorado en relación con 2018, en el que se obtuvo una nota de un 7,5¹⁸.

Tabla 3-1

Esperanza de vida al nacer y a los 65 años según sexo por comunidad autónoma. España, 2022

	Esperanza de vida al nacer			Esperanza de vida a los 65 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	81,9	79,2	84,5	20,1	18,2	21,8
Aragón	83,1	80,2	85,9	21,1	19,0	23,1
Asturias, Principado de	82,5	79,7	85,1	20,9	18,7	22,9
Baleares, Illes	82,9	80,2	85,6	20,7	18,8	22,6
Canarias	81,8	79,3	84,3	20,1	18,3	21,8
Cantabria	83,1	80,4	85,6	21,0	18,8	23,0
Castilla y León	83,7	81,0	86,5	21,7	19,6	23,7
Castilla-La Mancha	83,3	80,9	85,8	21,2	19,4	22,9
Cataluña	83,5	80,8	86,1	21,4	19,3	23,2
Comunitat Valenciana	82,5	79,8	85,1	20,6	18,7	22,4
Extremadura	82,4	79,8	85,1	20,5	18,4	22,4
Galicia	83,2	80,4	86,0	21,4	19,3	23,4
Madrid, Comunidad de	84,8	82,1	87,1	22,4	20,3	24,1
Murcia, Región de	82,1	79,3	84,9	20,2	18,3	22,0
Navarra, Comunidad Foral de	83,9	81,1	86,7	21,7	19,5	23,6
País Vasco	83,5	80,7	86,1	21,5	19,3	23,4
Rioja, La	83,2	80,5	86,0	21,3	19,3	23,2
Ceuta	79,7	78,0	81,5	18,4	17,2	19,6
Melilla	81,6	79,2	83,8	19,8	17,9	21,5
España	83,1	80,4	85,7	21,1	19,1	23,0

Morbilidad

La información sobre la carga de enfermedad en Euskadi recogida en este apartado se centra en los siguientes grandes grupos de patologías: enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades respiratorias, enfermedades metabólicas, infecciones de transmisión sexual, trastornos mentales y enfermedades neurológicas, por ser los que suponen la mayor carga de enfermedad.

Según los datos de prevalencia declarada de la ESCAV de 2023, el 41,4% de los hombres y el 42,3% de las mujeres refieren padecer algún problema crónico de salud. Este dato aumenta con la edad. Así, el 68% de las personas entre 65 y 74 años y el 77% de las personas de 75 y más años refieren padecer problemas de salud de larga duración¹⁶.

En una sociedad envejecida, la cronicidad, multi-morbilidad y discapacidad asociadas están muy presentes y se acentúan a medida que aumenta la edad y disminuye la clase social.

La ESCAV en 2023 informaba de una prevalencia declarada de discapacidad, medida como limitación subjetiva para realizar las actividades de la vida cotidiana, situándose en 13,2% en las mujeres y en el 13,4% de los hombres. Esta proporción aumenta considerablemente con la edad, de manera que entre las personas mayores de 75 años que participaron en la encuesta, un 40,5% de las mujeres y un 30,3% de los hombres, refieren alguna discapacidad para las actividades de la

vida diaria¹⁶. La discapacidad también muestra un gradiente social, siendo mayor a medida que desciende la escala social. Por otra parte, hay cerca de 20.000 personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.

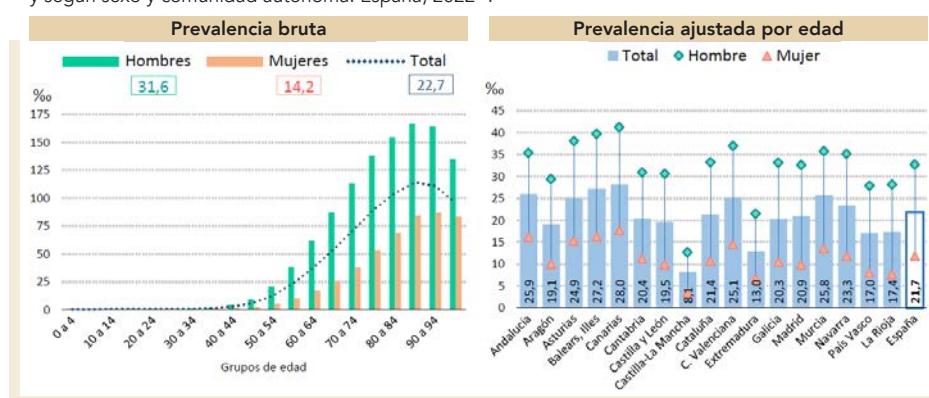
Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son el conjunto de enfermedades más prevalentes en Euskadi. Entre ellas, destacan la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

Tomando como referencia el informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023, la tasa bruta registrada de enfermedad isquémica del corazón en el 2022 en Euskadi fue de 17,0 casos por cada 1.000 habitantes, por debajo de los datos para el conjunto estatal que se situó en 21,7.

Gráfico 3-5

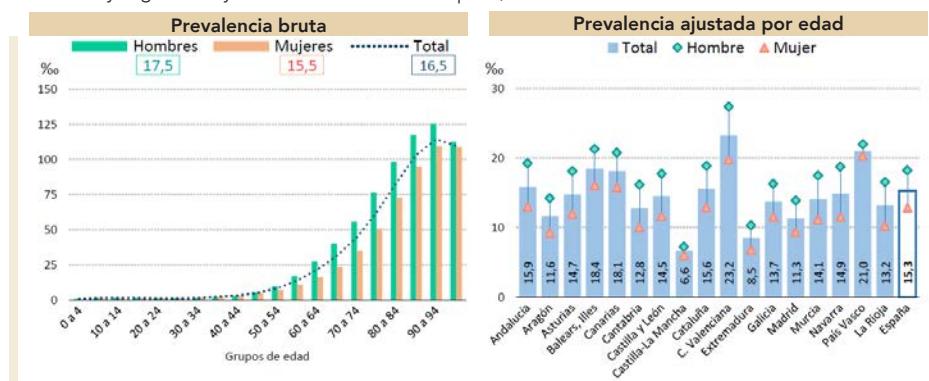
Prevalencia de cardiopatía isquémica registrada por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022¹⁸.



En cuanto a la prevalencia registrada en enfermedad cerebrovascular, en Euskadi fue del 21,0 por cada 1.000 habitantes, superando los datos estatales que se sitúan en 15,3¹⁷.

Gráfico 3-7

Prevalencia de enfermedad cerebrovascular registrada por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022¹⁹.



Son enfermedades asociadas a la edad, y en general, más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad. Además, están fuertemente asociadas a factores de riesgo conductuales como **consumo de tabaco, dietas grasas y poco saludables y sedentarismo**. Su prevalencia también se asocia con factores socioeconómicos, siendo más elevada en personas de rentas más bajas.

La **hipertensión, el colesterol elevado, la diabetes y obesidad** son los factores de riesgo metabólicos más importantes de las enfermedades cardiovasculares. Considerando que cerca del 42% de la población presenta hipertensión arterial, sobre todo hombres, se entiende el alcance de este importante factor de riesgo¹⁹.

Enfermedades metabólicas

Según recogen los indicadores clave del Ministerio de Sanidad, el 11,1% de la población entre 2 y 7 años y el 13,5% de la población adulta de Euskadi presentan obesidad. Un dato muy preocupante es que la prevalencia de obesidad en las niñas, niños y adolescentes vascos es superior a la media del conjunto del Estado²⁰.

Obesidad en adultos mayores de 18 años corresponde a un Índice de Masa Corporal (peso en Kg/talla m2) >= a 30,0 kg/m2. Para determinar la obesidad en niños de 2 a 17 años se han utilizado los puntos de corte publicados en Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweighth and obesity worldwide: international survey.BMJ 2000;320:1-6 Año 2020: 18 y más años. *Año 2017: Entre 2 y 17 años.

	18 y más años			*Entre 2 y 17 años		
	Ambos sexos	Mujeres	Hombre	Ambos sexos	Niñas	Niños
Andalucía	19,7	19,8	19,5	12,5	14,4	10,6
Aragón	15,7	15,1	16,4	2,5	3,5	1,6
Asturias, Principado	19,1	17,6	20,8	7,9	6,4	9,3
Balears, Illes	16,3	14,2	18,4	10,0	12,6	7,8
Canarias	17,5	17,9	17,1	10,4	9,9	10,9
Cantabria	13,7	11,9	15,5	2,6	4,0	0,9
Castilla y León	16,8	16,9	16,7	5,6	7,5	4,0
Castilla-La Mancha	14,4	11,3	17,4	10,1	8,6	11,7
Cataluña	14,2	15,2	13,2	12,7	10,1	14,8
Comunitat Valenciana	16,7	14,2	19,2	12,0	11,2	12,7
Extremadura	12,8	11,4	14,3	10,4	7,8	12,7
Galicia	16,5	16,2	16,8	6,2	4,6	7,6
Madrid, Comunidad de	13,4	13,0	13,9	7,5	9,3	5,8
Murcia, Región de	19,1	18,6	19,5	14,2	10,1	18,3
Navarra, C. Foral de	13,2	13,0	13,5	1,4	1,4	1,5
País Vasco	13,5	13,5	13,5	11,1	9,4	12,8
Rioja, La	15,8	14,3	17,3	8,3	12,1	5,2
Ceuta	13,5	13,9	13,1	18,0	18,4	17,7
Melilla	6,8	8,5	5,1	11,5	12,8	10,5
España	16,0	15,5	16,5	10,3	10,2	10,4

Los datos del último estudio ALADINO (2019) indican en Euskadi una prevalencia elevada de obesidad y sobrepeso en niños y niñas de 6 a 9 años, de evolución creciente. En 2019, las prevalencias de obesidad y sobrepeso en este grupo de edad fueron, respectivamente, 13,5% y 24,8%, frente a 11,3% y 22,9% en 2015.

La prevalencia de sobrepeso es mayor en niñas (27,5%) que en niños (22,23%), mientras que la obesidad es mayor en niños (16,1%) que en niñas (10,7%). Existen, asimismo, diferencias por nivel socioeconómico. La obesidad es más frecuente entre los escolares de familias con menor nivel de ingresos (22,3%) que entre los escolares de familias con mayores ingresos (11,1%)²¹. El estudio ALADINO 2023 aún no se ha publicado.

El sobrepeso y obesidad infantil y adolescente es un problema de primera magnitud en Euskadi; con claras implicaciones en el desenlace de enfermedades crónicas y en la calidad de vida presente y futura

La prevalencia global de diabetes mellitus en Euskadi en mayores de 18 años se estima que ronda el 10,6% de la población y hasta el 21% de la población presenta alguna alteración del metabolismo de la glucosa. Entre los factores asociados a la diabetes destacan el sobrepeso y la obesidad, la dieta poco saludable, escasa actividad física, niveles altos de colesterol y otros lípidos, y otros factores familiares. Hay un gradiente social, al igual que en la distribución de otras enfermedades crónicas²². En los últimos años se está produciendo un aumento de la prevalencia de diabetes²³. A su vez, la diabetes es un factor de riesgo para el desarrollo y agravación de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas.

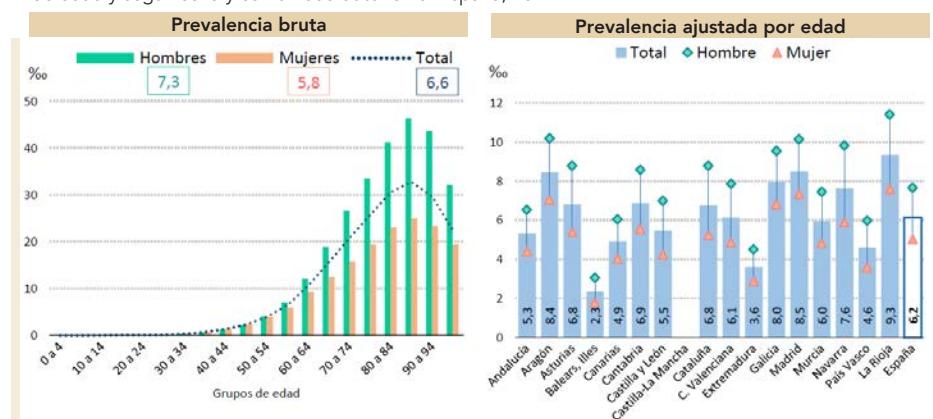
Tumores malignos

El Informe Anual del SNS 2023 recoge la prevalencia registrada de tumores malignos más frecuentes). La neoplasia maligna de mama que afecta a 15,5 de cada 1.000 mujeres en España (11,5 en Euskadi), las de colon y recto afecta a 6,2 por cada 1.000 personas en España (4,6 en Euskadi) las de tráquea, bronquios y pulmón afectan a 1,7 casos por 1.000 habitantes en España (1,7 en Euskadi)¹⁷.

Euskadi presenta una tasa de tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón similar a la media del Estado. Es necesario tener presente el papel del consumo de tabaco.

Gráfico 3-II

Prevalencia de tumor maligno de colon y recto registrado por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022^{22,23}.



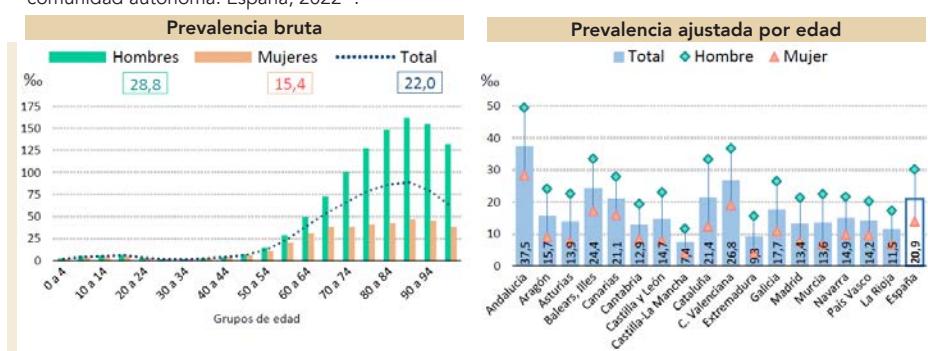
Enfermedades respiratorias

Las enfermedades respiratorias más relevantes en Euskadi son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la neumonía.

La prevalencia de EPOC registrada en Euskadi en el año 2022 fue de 14,2 por 1.000 habitantes, siendo inferior a la del conjunto del estado, de 20,9. El consumo de tabaco y exposición a contaminantes atmosféricos, así como antecedentes de infecciones e inflamaciones respiratorias son los factores de riesgo más relevantes¹⁷.

Gráfico 3-17

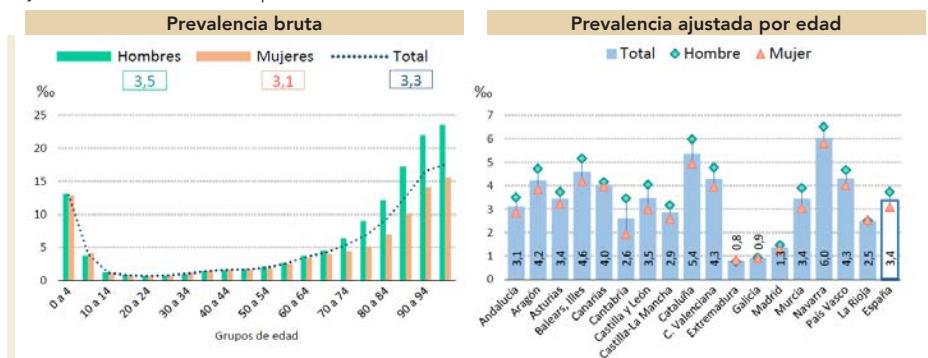
Prevalencia de EPOC registrado por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022²⁹.



En cuanto a la prevalencia de neumonía, en Euskadi se recogieron 4,3 casos por cada 1.000 habitantes, estando por encima del conjunto del estado, de 3,4. Se observan diferencias entre hombres y mujeres, siendo mayor la prevalencia en ellos. La mayor frecuencia de neumonías se da en menores de 5 años y mayores de 70¹⁷.

Gráfico 3-15

Incidencia de neumonía registrada por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022^{27,28}.



En cuanto a la tasa ajustada por edad de hospitalizaciones por COVID-19 por 100.000 habitantes, en el año 2022 Euskadi registró 32,9 casos, estando por encima de los 30,9 recogidos para el conjunto del estado. Cabe destacar el descenso respecto al año 2021 donde los datos para Euskadi y para el conjunto del estado fueron de 49,1 y de 47,0 respectivamente¹⁷.

Gráfico 3-20

Tasa ajustada por edad de hospitalización por COVID-19 por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³¹.

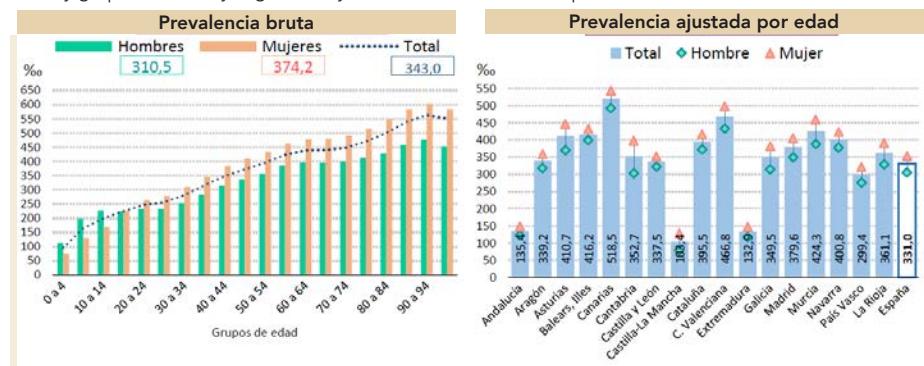


Trastornos mentales

La prevalencia de trastornos mentales ajustada por edad que se registró en 2022 en el conjunto del Estado fue de alrededor de un 33%; con mayor frecuencia en mujeres (cerca del 35%) que en hombres (30%). En Euskadi se registró una tasa algo inferior a la del conjunto del estado, en torno al 30%, a pesar de observarse grandes diferencias entre Comunidades Autónomas¹⁷.

Gráfico 3-21

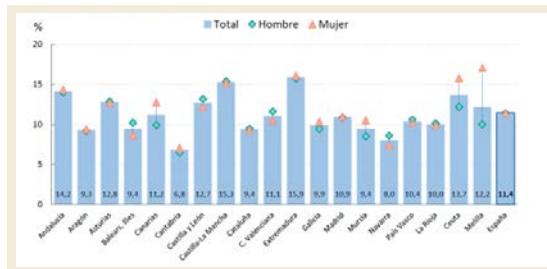
Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento registrados por 1.000 habitantes según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³².



La tasa de reingresos urgentes psiquiátricos ajustados por edad en Euskadi (10,4 por 10.000 habitantes) está por encima de la tasa observada para el conjunto del estado, de 11,4¹⁷.

Gráfico 5-39

Reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2022^{140,141}.



La prevalencia de trastornos mentales aumenta con la edad y se considera que cerca del 40% de las personas mayores de 65 años presenta algún trastorno. Su prevalencia también se asocia a la clase social, siendo más frecuentes a medida que ésta disminuye.

Los problemas de salud mental más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del sueño y depresivos. En personas menores de 25 años, tras los problemas de ansiedad, destacan el trastorno hipercinético y los trastornos específicos del aprendizaje¹⁷.

Gráfico 3-23

Gráfico 3-23
Prevalencia registrada de los problemas de salud mental más frecuentes por 1.000 por 1.000 habitantes. España, 2016-2022²³³



Gráfico 3-24

Prevalencia registrada de los problemas de salud mental más frecuentes en menores de 25 años por 1.000 por 1.000 habitantes. España. 2016-2022³³



La pandemia del COVID ha generado un aumento de la frecuencia de problemas de salud mental en 2021 y 2022.

Enfermedades neurológicas

Las enfermedades neurológicas tienen una importancia creciente ya que afectan a un porcentaje cada vez mayor de población y tienen importantes repercusiones sociales, sanitarias y económicas. A día de hoy, constituyen la primera causa de discapacidad a nivel mundial y su morbilidad asociada va en aumento²⁴. Estas enfermedades afectan al sistema nervioso central y periférico y causan numerosos efectos incapacitantes que pueden producir discapacidades múltiples (cognitiva, física, sensorial, alteraciones del comportamiento, etc.) que, con frecuencia, se

mantienen de manera permanente hasta el final de la vida. Las enfermedades neurológicas más conocidas y de mayor prevalencia son las siguientes: Alzheimer, Parkinson, ictus, esclerosis múltiple, cefalea y migraña, corea Huntington y epilepsia.

Enfermedades infecciosas

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que se incluyen en la vigilancia epidemiológica son las siguientes: gonococia, sífilis precoz, sífilis congénita, clamidia, linfogranuloma venéreo y virus del herpes simple tipo 2.

En 2020, todas las ITS descendieron posiblemente debido a la menor interacción social debida a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, en 2022, los casos de gonococia, clamidia, linfogranuloma venéreo y virus del herpes simple tipo 2 aumentaron de forma significativa, recuperando la evolución creciente que se viene observando en los últimos 10 años. Las tasas de sífilis precoz también son superiores a las observadas durante la década pasada^{25,26}.

Vigilancia epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2022. Madrid, enero 2024. Tasas por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. España, 2016-2022.

	Infección gonocócica		Sífilis		Infección por Chlamydia trachomatis		Linfogranuloma venéreo	
	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022
Andalucía	8,63	31,87	10,07	17,33	9,03	30,75	0,02	0,90
Aragón	6,08	15,28	7,82	2,58	11,54	1,29	0,00	0,15
Asturias	7,04	10,54	10,99	10,24				
Baleares	25,54	48,61	15,39	24,67				
Canarias	8,50	24,36	4,90	33,47	1,68	33,30	0,00	0,22
Cantabria	4,64	18,63	3,10	6,83	1,55	30,46	0,00	0,00
Castilla La Mancha	2,54	10,30	3,18	4,57	0,34	7,12	0,00	0,44
Castilla y León	3,56	10,56	4,21	8,96	1,10	9,72		
Cataluña	29,04	121,88	5,76	24,75	46,95	162,92	1,64	4,88
C. Valenciana	12,85	41,58	9,76	13,30	13,62	45,09	0,00	0,63
Extremadura	4,26	6,94	5,64	5,51	7,96	4,94	0,00	0,19
Galicia	5,46	24,88	4,68	7,39				
Madrid	23,68	58,89	8,75	25,93	18,83	61,13	1,86	4,88
Murcia	2,04	31,81	2,38	7,64	0,00	33,76	0,00	1,44
Navarra	9,56	41,85	3,76	13,75	29,61	111,34	0,63	2,43
País Vasco	10,12	63,82	4,85	12,84	27,16	101,00	0,00	1,93
La Rioja	8,96	44,51	4,80	3,16	6,08	44,64		
Ceuta	0,00	0,00	4,72	4,87	0,00	1,21	0,00	0,00
Melilla	3,54	4,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
España	13,71	49,00	7,26	17,10	18,06	62,38	0,69	2,29

La infección por VIH y el SIDA cuentan con un sistema de vigilancia epidemiológico específico, que forma parte del Sistema estatal de Información de nuevos diagnósticos de VIH y del Registro Nacional del SIDA. Entre 1997 y 2023 se han contabilizado 4.306 nuevas infecciones por VIH. En 2023 se notificaron 134 nuevos casos (6,1/100.000 habitantes), lo que implica un aumento de 7 casos respecto al año anterior (127 casos). En Euskadi, se han notificado 16 nuevos casos de SIDA en 2023²⁷.

Todas las infecciones de transmisión sexual, y el VIH, muestran una evolución ascendente. La transmisión de estas infecciones se asocia a prácticas sexuales inseguras.

También se observa una frecuencia elevada y creciente de Tuberculosis.

En el año 2022, la incidencia de tuberculosis por 100.000 habitantes en Euskadi fue de 10,61, por encima de la media estatal que se sitúa en 8,07 . Se observa un incremento respecto a la tasa registrada en el año 2021 que fue de 8,54 para Euskadi y de 7,61 para el conjunto del estado²⁹.

Plan para la prevención y el control de la tuberculosis en España. Indicadores de seguimiento. Tasa de notificación de casos de tuberculosis por 100000 habitantes. No se incluyen en la tasa los casos importados.

	2021	2022
Andalucía	5,53	5,48
Aragón	8,45	6,86
Asturias	7,73	5,56
Baleares	5,82	5,8
Canarias	3,25	5,37
Cantabria	6	6,32
Castilla La Mancha	6,46	5,64
Castilla y León	3,42	5,17
Cataluña	12,11	12,61
C. Valenciana	7,34	5,6
Extremadura	3,98	2,65
Galicia	13,08	11,7
Madrid	6,96	7,43
Murcia	7,52	8,28
Navarra	4,42	6,08
País Vasco	8,54	10,61
La Rioja	8,55	6,01
Ceuta	20,53	28,87
Melilla	7,19	7,2
España	7,61	8,07

Mortalidad

Los tumores (26,4%) son la primera causa de muerte entre la población de Euskadi en el 2022; en segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio (23,8%) y en tercer lugar las enfermedades infecciosas (8,6%) entre las que se clasificó la mortalidad por COVID-19. En orden de frecuencia le siguen los trastornos mentales (8,2%), las enfermedades del sistema nervioso (6,5%) y las enfermedades del sistema respiratorio³⁰.

Las principales causas de mortalidad en Euskadi están asociadas a conductas modificables, como el consumo de tabaco y alcohol, dieta menos sana y escasa actividad física.

Otros factores de riesgo que requieren actuación son la exposición a factores contaminantes y a determinantes sociales.

En el 2021, las principales causas de mortalidad prematura en las mujeres, es decir las que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida, son: los tumores (57%), en particular, el cáncer de mama y los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón y el de ovario; las enfermedades del aparato circulatorio (10%), entre las que destacan enfermedades cerebrovasculares; las causas externas (9%) , las enfermedades del sistema nervioso (5%) y las enfermedades infecciosas, donde está incluido el COVID-19 (4%)²⁹.

En hombres, la mayor mortalidad prematura se debe también en primer lugar a los tumores (37%), fundamentalmente por el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; seguidos de las causas externas (19%), destacando suicidios y autolesiones, las enfermedades del aparato circulatorio con un 19%, entre ellas la cardiopatía isquémica; y las enfermedades infecciosas, incluyendo al COVID-19 (4%)²⁹.

La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por cada 100.000 habitantes en Euskadi en 2021 fue inferior a la estatal, 774,0 frente a 827,5³¹.

Tabla 14

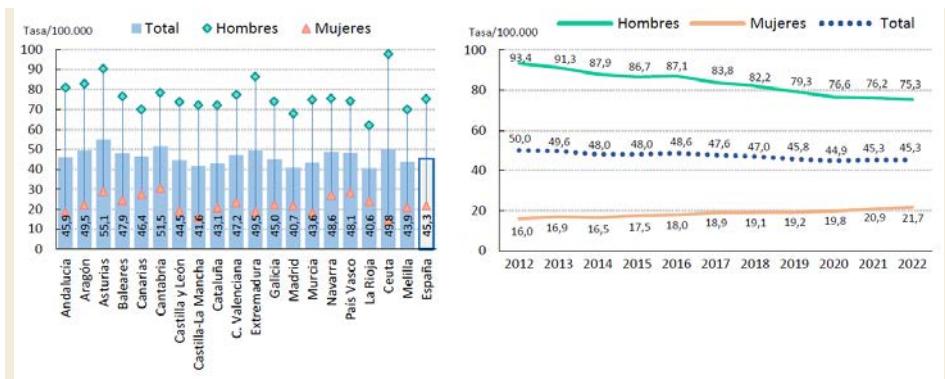
Número de defunciones por las principales causas de muerte, tasa de mortalidad bruta y tasa de mortalidad ajustada por edad, según comunidad autónoma. España, 2021.

	Todas las causas			Cáncer (C00-C97)		
	Número	Tasa	Tasa ajustada por edad	Número	Tasa	Tasa ajustada por edad
Andalucía	19,7	19,8	19,5	12,5	14,4	10,6
Aragón	15,7	15,1	16,4	2,5	3,5	1,6
Asturias, Principado	19,1	17,6	20,8	7,9	6,4	9,3
Balears, Illes	16,3	14,2	18,4	10,0	12,6	7,8
Canarias	17,5	17,9	17,1	10,4	9,9	10,9
Cantabria	13,7	11,9	15,5	2,6	4,0	0,9
Castilla y León	16,8	16,9	16,7	5,6	7,5	4,0
Castilla-La Mancha	14,4	11,3	17,4	10,1	8,6	11,7
Cataluña	14,2	15,2	13,2	12,7	10,1	14,8
Comunitat Valenciana	16,7	14,2	19,2	12,0	11,2	12,7
Extremadura	12,8	11,4	14,3	10,4	7,8	12,7
Galicia	16,5	16,2	16,8	6,2	4,6	7,6
Madrid, Comunidad de	13,4	13,0	13,9	7,5	9,3	5,8
Murcia, Región de	19,1	18,6	19,5	14,2	10,1	18,3
Navarra, C. Foral de	13,2	13,0	13,5	1,4	1,4	1,5
País Vasco	13,5	13,5	13,5	11,1	9,4	12,8
Rioja, La	15,8	14,3	17,3	8,3	12,1	5,2
Ceuta	13,5	13,9	13,1	18,0	18,4	17,7
Melilla	6,8	8,5	5,1	11,5	12,8	10,5
España	16,0	15,5	16,5	10,3	10,2	10,4

La mortalidad por tumores malignos en España ha disminuido en términos generales cerca de un 12,2% desde 2012 a 2022. La disminución en hombres ha sido el triple que en mujeres. El tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón ha sido la neoplasia maligna que más muertes ha producido en 2022¹⁷.

Gráfico 3-36

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de tráquea, bronquios y `pulmón por 100.000 habitantes. España, 2022 según sexo y comunidad autónoma, y evolución 2021-2022⁴⁰.



Según el Registro de Cáncer de Euskadi, la mortalidad por cáncer, en hombres y en mujeres menores de 65 años, ha disminuido, un 33% y 21%, respectivamente, comparando con los datos de 2013.

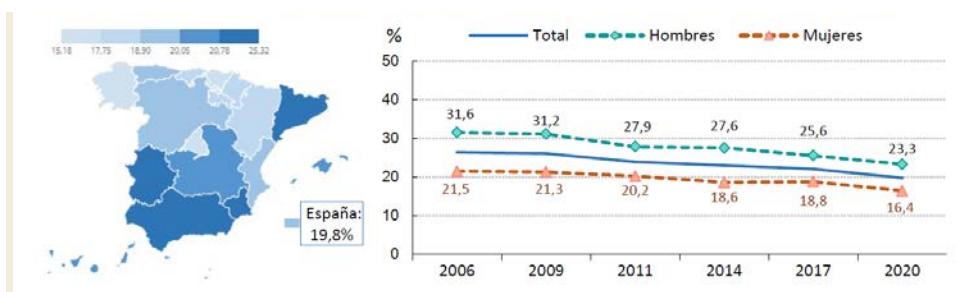
● Estilos de vida de la población de Euskadi

La prevalencia declarada de consumo de tabaco en población adulta en Euskadi en 2023 es de 17,6%, siendo mayor en hombres que en mujeres (19,7% y 15,6%, respectivamente). Según la encuesta sobre adicciones en Euskadi, en 2023, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida tras el alcohol. No obstante, los datos evolutivos muestran que se mantiene la tendencia iniciada en 2008 de disminución de las prevalencias generales de consumo de tabaco³².

Según la EESE del año 2020, el 19,8% de las personas en el conjunto del estado declaran ser fumadoras diarias, en comparación con el 16,1% de Euskadi³³.

Gráfico 4-10

Consumo diario de tabaco en población adulta. España, 2020 y evolución 2006-2022^{62,63}.



El consumo de tabaco en hombres, a grandes rasgos, es mayor según disminuye el nivel de estudios. En las mujeres no se advierte este tipo de relación³².

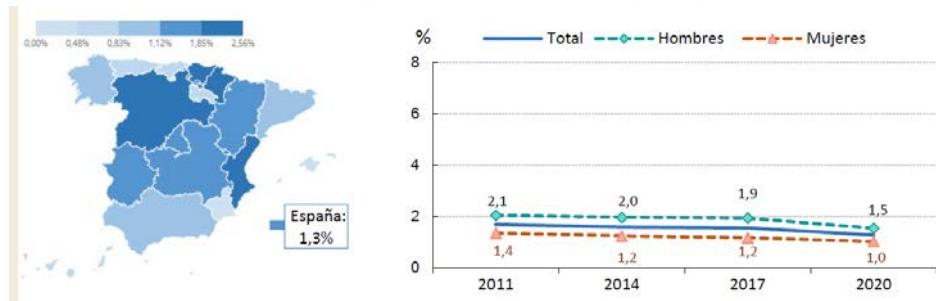
El alcohol es la primera sustancia psicoactiva consumida en Euskadi, con las tasas de consumo más elevadas de todo el Estado; incluido en jóvenes e incluso adolescentes

Según datos de la ESCAV en 2023, la prevalencia declarada de consumo de alcohol de alto riesgo para desencadenar problemas de salud (consumo de más de 3 días por semana o consumo de más de 30g de alcohol en un día) es del 16,6% en los hombres y del 11,1% en las mujeres. Estas tasas eran 8 y 4 puntos porcentuales inferiores a los valores declarados en la Encuesta de 2013. El consumo de alcohol de alto riesgo aumenta con el nivel de estudios¹⁶. En cuanto a la intoxicación etílica aguda (borrachera) cabe destacar que en el 2022 el 45,1% de los chicos y chicas entre 14 y 18 años la ha padecido alguna vez en el último año³².

Según la EESE del año 2020, el 35,1% de las personas en el conjunto del estado declaran consumir bebidas alcohólicas al menos una vez por semana, en comparación con el 46,6% de Euskadi³⁴.

Gráfico 4-II

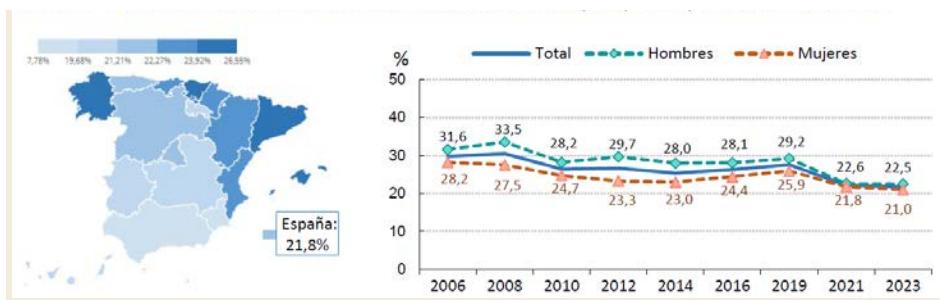
Consumo de alcohol de riesgo en población adulta. España, 2020 y evolución 2006-2020^{62,63,64}.



En 2023, el porcentaje de personas consumidoras de cannabis entre la población de 15 y más años en Euskadi es de un 7%, con una diferencia significativa entre hombres (10,3%) y mujeres (4%), con una mayor prevalencia consumo en edades jóvenes de entre 15 y 21 años (23,5%)³². El cannabis es la sustancia ilegal con mayor prevalencia de consumo entre la población de Euskadi, particularmente entre la población joven en medio de una percepción de inocuidad generalizada.

El consumo de cannabis en población joven y adolescentes es alto, en medio de una percepción de inocuidad generalizada

Según el Observatorio Española de las Drogas y Adicciones, el 21,8% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en el conjunto del estado declaran haber consumido cannabis en los últimos doce meses, en comparación con el 24,1% de Euskadi³⁵.

Gráfico 4-12Consumo de cannabis en escolares adolescentes. España, 2023 y evolución 2006-2023^{65,66}.**Gráfico 4-7**Prevalencia de obesidad, sedentarismo y consumo diario de frutas y/o verduras en la población adulta, según comunidad autónoma. España, 2020^{57,58}.

Según un estudio reciente de carga de enfermedad en España, los principales factores de riesgo responsables del mayor número de pérdida de AVAD son, por orden: tabaquismo, presión arterial alta, índice de masa corporal alto, consumo de alcohol y glucemia alta, seguidos por colesterol alto, disfunción renal, composición de la dieta y contaminación atmosférica por partículas. Existen diferencias por sexo. En hombres, los consumos de tabaco, alcohol y otras drogas son factores de riesgo responsables de mayor pérdida de AVAD en primer lugar, mientras que en las mujeres este lugar lo ocupa el IMC elevado³⁶.

1.2 Determinantes sociales de la salud

Renta y empleo

La renta personal media disponible en Euskadi es la más alta del Estado. Asimismo, el coeficiente Gini, indicador de la desigualdad de la distribución de la riqueza en una comunidad dada, el 2018 era de 26,7%, reflejando un nivel de mayor igualdad que en el Estado español, de 34,1%, y que la media de la Unión Europea, de 30,7%. Esta misma encuesta estimaba la tasa AROPE (indicador que mide la proporción de población en situación de riesgo de pobreza, en situación de privación material severa, o que vive en hogares con intensidad de trabajo muy baja). En Euskadi la tasa AROPE es de 20,7%, inferior también a la media de España (26,6%) y de la Unión Europea (22,4%)³⁷.

Indicadores comparados de pobreza, precariedad y desigualdad en países de la Unión Europea (1) (%). 2017-2018. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. (1) Los datos europeos se refieren a 2017 y los de la C.A. de Euskadi a 2018. La ordenación de los países se basa en la menor o mayor incidencia de la pobreza grave respecto a la CAE.

	Tasa AROPE	Coeficiente de Gini
	%	%
C.A. Euskadi	20,7	26,7
UE-28	22,4	30,7
Área Euro (18)	22,1	30,4
Luxemburgo	21,5	30,9
Francia	17,1	29,3
Finlandia	15,7	25,3
Países Bajos	17,0	27,1
Dinamarca	17,2	27,6
Austria	18,1	27,9
Bélgica	20,3	26,0
Alemania	19,0	29,1
Suecia	17,7	28,0
Irlanda	22,7	30,6
Chipre	25,2	30,8
Eslovenia	17,1	23,7
República Checa	12,2	24,5
Reino Unido	22,0	33,1
Hungría	25,6	28,1
Polonia	19,5	29,2
Eslovaquia	16,3	23,2
Italia	28,9	32,7
Portugal	23,3	33,5
España	26,6	34,1
Grecia	34,8	33,4

La Encuesta de pobreza y desigualdades sociales, elaborada por el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, estimaba en 2020 que el 5,6% de la población vasca estaría en situación de pobreza real³⁸.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2023, la tasa de paro en Euskadi se sitúa en el 8,4%, siendo la más baja de todo el Estado³⁹.

Resultados por comunidades y ciudades autónomas. Tasas de actividad y paro. Tasas de paro por comunidad autónoma, sexo y según el tiempo de residencia en el municipio. Unidades (%). Ambos sexos.

	2023
Andalucía	18,3
Aragón	8,9
Asturias, Principado de	13,1
Balears, Illes	18,1
Canarias	17,2
Cantabria	9,3
Castilla y León	10,3
Castilla - La Mancha	15,0
Cataluña	10,4
Comunitat Valenciana	13,8
Extremadura	19,5
Galicia	10,9
Madrid, Comunidad de	11,0
Murcia, Región de	13,5
Navarra, Comunidad Foral de	12,1
País Vasco	8,4
Rioja, La	10,1
Ceuta	24,0
Melilla	26,1
España	13,3

Por su parte, en Euskadi hay algo más de 52.000 expedientes activos de personas perceptoras de Renta de Garantía de Ingresos en marzo de 2022⁴⁰.



Educación

En 2021, los niveles de abandono temprano en el ámbito educativo de Euskadi alcanzaron mínimos históricos, con 4,8% de la población. La tasa es la más baja de las Comunidades Autónomas, con una media ese mismo año de 13,3%⁴¹.

Educación. Competencias y habilidades. Abandono educativo temprano de la población de 18 a 24 años por CCAA y periodo. Unidades (%).

	2022
Andalucía	15,3
Aragón	11,4
Asturias, Principado de	11,5
Balears, Illes	18,2
Canarias	11,7
Cantabria	8,9
Castilla y León	9,9
Castilla - La Mancha	15,1
Cataluña	16,9
Comunitat Valenciana	15,7
Extremadura	10,8
Galicia	9,9
Madrid, Comunidad de	13,2
Murcia, Región de	18,7
Navarra, Comunidad Foral de	5,7
País Vasco	5,6
Rioja, La	11,3
Ceuta	15,6
Melilla	12,7
España	13,9

El 95,9% de la población de 16 y más años de la C.A. de Euskadi, cuenta con algún título oficial de educación en 2021, según datos elaborados por Eustat. Esta cifra representa un aumento de 3 décimas de punto porcentuales con respecto a la del año precedente y de hasta 1,5 puntos porcentuales más que la de 2011. El 25,6% de las mujeres posee titulación universitaria y en los hombres la proporción es del 20,2%⁴².

Hogar y vivienda

Según la Encuesta sobre Necesidades y Demanda de Vivienda 2021, elaborada por el Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes del Gobierno Vasco, un 15,1% de la población de 18 a 44 años necesita acceder a su primera vivienda. Estas personas representan el 37,3% de las personas sin emancipar que reside en las viviendas de sus progenitores, tutores u otros familiares. Por otro lado, esta encuesta también identifica que un 9,1% manifiestan **necesitar un cambio de residencia habitual**, por tamaño inadecuado, mejora de accesibilidad o mal estado de la vivienda⁴³.

El 10,5% de la población vasca vive en **hogares que presentan deficiencias**, según los Indicadores de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible de Euskadi, elaborados por Eustat⁴⁴.

Seguridad vial y riesgo laboral

En 2022, hubo 44 víctimas mortales como consecuencia de accidentes de tráfico; 15 de ellas eran peatones y 360 fueron heridas graves. La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico ha disminuido a lo largo de las últimas décadas. En 2022 fue de 2,01 personas fallecidas por 100.000 habitantes⁴⁵.

En la primera década del siglo 21, la siniestralidad en el ámbito laboral descendió en más de un 40% hasta el año 2013. A partir de ese año y hasta el 2018 se ha producido un aumento progresivo de cerca de un 6% en el índice de incidencia de accidentes laborales que causaron baja. Este dato disminuyó sensiblemente en 2020 y, en menor medida en 2021, por las restricciones de la pandemia. Con datos del 2019, el sector industrial, seguido por el sector agrícola, ganadero y pesquero presentaban mayor probabilidad de sufrir accidente con índices superiores a 69 y 68 por mil respectivamente, seguidos por el de la construcción (67 por mil) y el sector servicios (24 por mil). Los hombres tienen más del triple de probabilidades de sufrir un accidente grave o mortal que las mujeres. Y las personas con contratos temporales tienen alrededor de un 90% de mayores probabilidades de sufrir un accidente grave.

El sector industrial se asocia a mayor incidencia de enfermedad profesional. Las enfermedades profesionales más frecuentes son las musculo-esqueléticas, seguido de las enfermedades del sistema nervioso incluyendo las neuropatías

por presión y de oído. En hombres fueron más frecuentes las enfermedades por agentes químicos, seguidas de las del aparato respiratorio, las de la piel, los trastornos osteomusculares, las hipoacusias y los cánceres laborales. En mujeres los trastornos de cuerdas vocales, las neuropatías periféricas por presión y las patologías causadas por agentes biológicos.

Seguridad alimentaria

El acceso a alimentos seguros es uno de los determinantes estrechamente relacionado con la salud. Prevenir, eliminar o reducir a niveles aceptables los riesgos generados por el consumo de alimentos es el principal objetivo de la seguridad alimentaria. La consecución del objetivo se garantiza mediante la realización de controles oficiales en todas las etapas de la **cadena alimentaria**. En Euskadi se ubican unos 25.000 establecimientos alimentarios que son sometidos a un sistema de control a través de la auditoría, la inspección y el muestreo y análisis. El sistema de control oficial de establecimientos alimentarios ha conseguido un alto nivel de protección en seguridad alimentaria. Estos establecimientos presentan un alto cumplimiento de la normativa y, de acuerdo a los resultados de los análisis realizados en 2021, el 98% de las muestras analizadas cumplieron los límites establecidos para contaminantes y aditivos, y el 96% de las muestras los límites relativos a microorganismos patógenos⁴⁶.

Medio ambiente

Según la Organización Mundial de la Salud, los riesgos medioambientales (contaminación del aire y el agua, la contaminación acústica y los productos químicos tóxicos) podrían estar detrás de hasta un 24 % de las muertes que se producen a nivel mundial. Se estima que en la Unión Europea (EU27), en 2020, hubo 238.000 muertes prematuras asociadas a la exposición a materia particulada 2,5 (PM2,5); 49.000 a óxidos de nitrógeno y 24.000 a ozono (O3). En el caso de España, serían 17.000, 4.800 y 2400 muertes prematuras respectivamente⁴⁸.

Los determinantes ambientales de la salud más relevantes a nivel de Euskadi son la contaminación atmosférica, el cambio climático, el ruido, las sustancias químicas y la calidad de las aguas de consumo y de baño.

En relación con la **calidad del aire**, en 2021, el porcentaje de la población vasca expuesta a niveles superiores a los establecidos por la regulación europea y estatal es prácticamente nulo. No obstante, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS de 2006, de exigencia superior a la normativa europea actual, el 1,3% de la población está expuesta a partículas (PM10) por encima de los niveles recomendados, y un 2,2% lo sería para niveles de ozono. La OMS ha publicado nuevas recomendaciones más exigentes en 2021, según las cuales, el porcentaje de población que ha podido estar expuesta a dichos contaminantes sería superior⁴⁹.

Según la OMS, el **cambio climático** es la mayor amenaza para la salud a la que se enfrenta la humanidad. De hecho, el cambio climático ya está afectando a la salud de muchas maneras; por ejemplo, provocando muertes y enfermedades por fenómenos meteorológicos extremos cada vez más frecuentes, como olas de calor, tormentas e inundaciones, la alteración de los sistemas alimentarios, el aumento de las zoonosis y las enfermedades transmitidas por los alimentos, el agua y los vectores, y los problemas de salud mental. El Instituto de Salud Carlos III estima que, en 2023, se produjeron en Euskadi 218 muertes atribuibles al exceso o defecto de temperatura. En concreto, según el Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo), entre mayo y septiembre de 2023 hubo 178 muertes atribuibles a las altas temperaturas en el País Vasco. En todo el Estado se estima que, en 2023, se produjeron 7.780 muertes atribuibles al exceso o defecto de temperatura, cifra muy superior a la de 2022 (5.876), 2021 (3.550) y a la de 2020 (2.152)⁵⁰.

Otros factores ambientales relevantes por su impacto en salud son el ruido y la exposición a sustancias químicas. El **ruido** se asoció en el 2017 en la Unión Europea con unas 12.000 muertes prematuras y se estima que contribuyó a 48.000 nuevos casos de cardiopatía isquémica. La OMS estima que el 3,6% de las muertes del mundo son atribuibles a la **exposición a sustancias químicas**⁵⁴. En el caso de la calidad de aguas de consumo y de baño, se ha conseguido un elevado nivel de protección, incluyendo la evaluación de riesgos emergentes.

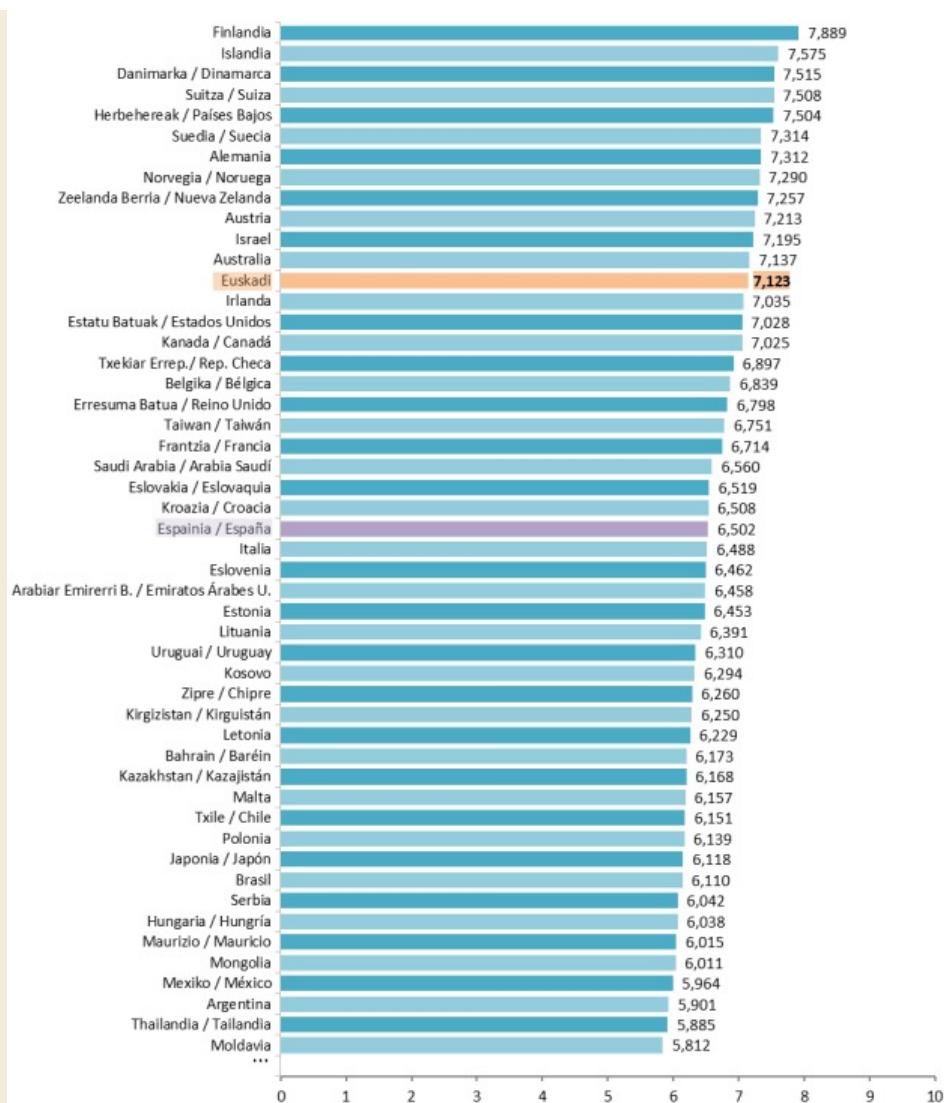
Condiciones de vida

La población de Euskadi de 16 y más años puntuaba en 2020 con un 7,6 su **satisfacción con la vida en general**, en una escala de cero a diez según los datos procedentes de la Encuesta de bienestar personal elaborada por Eustat. A pesar de tratarse de un año condicionado por la pandemia, esta puntuación ha mejorado en relación con 2014, cuando se obtuvo una nota de un 7,1. Todos los indicadores medidos en dicha encuesta, con excepción del indicador de **estado de ánimo**, mejoran con respecto a 2014. Así, la población de Euskadi ofrece valores más positivos en su percepción de las relaciones personales, su satisfacción con la vivienda y el entorno, la economía doméstica, el tiempo de ocio, la confianza en las personas, y el valor que asignan a la vida y su confianza en los poderes públicos. Sin embargo, su percepción del estado de ánimo alcanza en 2020 un valor de 6,2, tres décimas menos que en 2014. Este indicador obtiene el valor más alto entre las personas jóvenes entre 16 y 24 años (6,4) y disminuye a medida que aumenta la edad. Por otro lado, el valor más bajo (5,6) se da entre las personas sin estudios y aumenta hasta un 6,4 entre las que tienen estudios superiores.⁵¹

En este sentido, según el reciente análisis publicado el 2022 por el Gabinete de Prospección Sociológica del Gobierno Vasco sobre la **percepción de bienestar y felicidad**, la ciudadanía vasca muestra un alto grado de felicidad y manifiesta estar

muy o bastante satisfecha con su propia vida (9 de cada 10 personas). El 71% de la población vasca tiene confianza en el futuro. Así, y combinando la percepción actual con las expectativas de futuro, el 45% de las personas encuestadas cree que su situación va a mejorar a cinco años vista; el 29% considera que se va a mantener en el nivel actual y el 19% que su situación puede empeorar. Los valores de Euskadi son más positivos que los del conjunto del Estado, y que los de otros países del entorno europeo⁵².

Ongizate Maila munduko hainbat herrialdetan / Nivel de bienestar en diferentes países del mundo



Espazio kontuak direla eta, ongizatearen eskaileran puntuazio altuena duten 50 estatuak soilik sartu ditugu grafikoan / Por razones de espacio el gráfico recoge solo datos de los 50 estados con puntuación más alta

Nazioarteko datuen iturria / Fuente de datos internacionales: World Happiness Report 2021; Gallup Word Poll, 2020

1.3 Sistema Sanitario

Cuentas de la salud

El gasto corriente en salud en Euskadi se situó en los 7.994 millones de euros en 2021 y alcanzó los 3.650 euros per cápita, según datos elaborados por Eustat. Este volumen de gasto supuso el 10,2% del Producto Interior Bruto (PIB) generado en el año. El gasto corriente en salud mide el consumo final de bienes y servicios para la salud, esto es, el gasto corriente realizado por cualquier agente financiador, incluyendo al conjunto de las administraciones públicas, seguros de salud obligatorios, seguros de salud voluntarios y pago directo de los hogares. Entre 2011 y 2014, el gasto corriente total apenas creció anualmente. A partir de 2015 y hasta el 2019, experimentó crecimientos anuales entre el 3% y el 5%, con mayores incrementos correspondiendo al gasto privado. En 2019, el gasto público aceleró su crecimiento llegando al 5,5% y al 7,5% de crecimiento en 2021.

La contribución de las administraciones públicas a la financiación del gasto corriente en salud equivale en 2021 al 7,14% del PIB. El gasto público en salud ha permanecido entre el 6,2% y el 5,9% del PIB entre 2009 y 2019. El 2020 llegó al 7,2% del PIB. En 2021, con datos provisionales se mantiene en 7,14% del PIB, lo que equivale a 2.544,8€ per cápita⁵³.

El gasto en salud respecto al gasto total de las administraciones públicas en Euskadi fue del 16,0% en 2020. Los últimos datos disponibles para poder realizar una comparación internacional en relación a este indicador corresponden al año 2019. Ese año la contribución en salud media con respecto al gasto público total en los países de la OCDE se situó en el 15,4%, por debajo del 16,0% que se alcanzó en Euskadi⁵⁴.

Indicadores de gasto en salud por país. 2020. PPC: Paridad de Poder de Compra. (1) publicacion Health at a Glance 2021, último año disponible 2019. Fecha 31 de Octubre de 2022. Fuente: Eustat. Cuenta de la salud y OECD Health Statistics 2022

	Gasto administraciones públicas % PIB	Gasto administraciones públicas % Gasto corriente	Gasto administraciones públicas % Gasto Total administraciones públicas (1)	Gasto corriente % PIB	Gasto corriente por habitante (PPC, US\$)	PIB por habitante (PPC (\$))
OCDE 38		76,3	15,4	9,7	4.272	:
Alemania	10,9	85,1	20,1	12,8	6.939	54.845
Austria	8,8	76,5	16,2	11,5	5.883	55.686
Bélgica	8,5	78,7	15,7	10,8	5.274	53.096
Canada	9,7	75,0	18,6	12,9	5.828	46.572
Dinamarca	8,9	84,9	16,8	10,5	5.694	60.230
España	7,8	73,3	15,3	10,7	3.718	37.755
Estados Unidos	15,9	84,8	22,3	18,8	11.859	63.028
Finlandia	7,5	79,1	13,8	9,5	4.566	50.937
Francia	10,3	84,7	15,4	12,2	5.468	46.858
Irlanda	5,6	78,8	20,3	7,1	5.373	93.356
Islandia	7,9	83,3	16,3	9,5	4.620	53.617
Italia	7,3	76,1	13,2	9,6	3.747	41.995
Noruega	9,8	86,0	17,5	11,3	6.536	62.645
Reino Unido	9,9	82,8	19,7	12,0	5.019	46.527
Suecia	9,9	85,9	18,8	11,5	5.757	55.065
Suiza	8,2	69,7	11,1	11,8	7.179	71.732
C.A. de Euskadi	7,2	70,1	16,0	10,3	4.929	47.912

ANEXO 5

Bibliografía

- 1 Eustat. Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales según grandes grupos de edad. 01/07/2023. Estadística Municipal de Habitantes. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-de-la-ca-de-euskadi-por-ambitos-territoriales-segun-grandes-grupos-de-edad-y-sexo/tbl0011427_c.html
- 2 Eustat. Población estimada de la C. A. de Euskadi a 1 de enero, según territorio histórico y sexo. 1976-2023. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-estimada-de-la-c-a-de-euskadi-a-1-de-enero-segun-territorio-historico-y-sexo/tbl0011431_c.html
- 3 Marcos J. 25 años de historia demográfica en la CA de Euskadi. En: Primeras Jornadas sobre Población y Territorio en Álava. Claves explicativas de la Dinámica Demográfica Territorial y Desarrollo local Universidad del País Vasco (EHU-UPV) Eustat. Vitoria-Gasteiz. 22-23 de febrero de 2006. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/datos/pon_41_c.pdf
- 4 Eustat. Panorama Demográfico 2022. Vitoria-Gasteiz: Eustat. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0019900/panorama-demografico/inf0019909_c.pdf
- 5 Eustat. Nacimientos vivos y tasas de natalidad por 1.000 habitantes en la CA de Euskadi por territorio histórico. 1975-2023[Internet]. [Citado 8 de agosto de 2024] Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0005700/nacimientos-vivos-y-tasa-de-natalidad-por-1000-habitantes-en-la-ca-de-euskadi-por-territorio-historico/tbl0005708_c.html
- 6 Eustat. Indicadores de natalidad y fecundidad de la C.A. de Euskadi por año según territorio histórico. 2021-2035 [Internet] [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0000400/indicadores-de-natalidad-y-fecundidad-de-la-ca-de-euskadi-por-ano-segun-territorio-historico/tbl0000425_c.html
- 7 Eustat. La población de 65 y más años se multiplica por 2,5 veces en la C. A. Nota de prensa 15/06/2022; Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/la-poblacion-de-65-y-mas-anos-se-multiplica-por-25-veces-en-la-c-a-de-euskadi-entre-1981-y-2021-llegando-al-23-del-total/not0019908_c.html
- 8 Eustat. Panorama estadístico de las personas mayores 2022. Nota de Prensa de 30/09/2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/La-poblacion-de-65-y-mas-a%C3%B1os-de-edad-de-la-CA-de-Euskadi-se-ha-multiplicado-por-2,5-en-las-ultimas-cuatro-decadas-y-supone-el-23-de-la-poblacion-total-en-2021/not0020156_c.html#:~:text=En%202021%2C%20el%20%C3%ADndice%20de,dependientes%20por%20cada%20100%20en
- 9 Eustat. Estadística de defunciones. Notas de prensa: junio de 2022] Disponible en: https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_49/opt_1/tipo_6/ti_estadistica-de-defunciones/temas.html

- 10** Audicana, C. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2021. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2022.pdf
- 11** Eustat. El saldo migratorio positivo en 2021 se cifra en más de 3.500 personas en la C. A. Nota de prensa 10/08/2022; Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/el-saldo-migratorio-positivo-en-2021-se-cifra-en-mas-de-3500-personas-en-la-c-a-de-euskadi/not0020070_c.html
- 12** Observatorio Vasco de Inmigración. Población de origen extranjero en la CAE 2022. Panorámica 84. Ikuspegi, 2022. Disponible en: <https://www.ikuspegi.eus/documentos/panoramicas/pan84cas.pdf>
- 13** Eustat. La población de la C. A. de Euskadi ganaría casi 85.000 personas entre 2021 y 2036. Nota de prensa de 14/07/2022. Proyecciones demográficas 2036. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/la-poblacion-de-la-c-a-de-euskadi-ganaria-casi-85000-personas-entre-2021-y-2036/not0020005_c.html
- 14** Eustat. Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1976-2022. Tablas Estadísticas. [Citado 08 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0021600/esperanza-de-vida-al-nacimiento-en-la-ca-de-euskadi-por-causa-de-defuncion-territorio-historico-y-comarca-segun-sexo-y-anio/tbl0021669_c.html
- 15** Calvo M, Montoya I. Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi, 2013-2017. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2020. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/EV_2012-2013_cas.pdf
- 16** Montoya I, Calvo M, Echeverría C, Pardillo B, Velasco C y Sánchez I. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2023/es_def/adjuntos/ESCAV23_DATOS_RELEVANTES_FINAL.pdf
- 17** Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Informes Estudios e Investigación. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- 18** Eustat. Encuesta de condiciones de vida. Vitoria-Gasteiz: Eustat; 2024. [Citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/estad/id_632/ti_Encuesta-de-bienestar-personal/ultima-nota-prensa.html
- 19** Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, Carmena R, Castaño L, Catalá M, Franch J, Gaztambide S, Girbés J, Goday

A, Gomis R, López-Alba A, Martínez-Larrad MT, Mora-Peces I, Ortega E, Rojo-Martínez G, Serrano-Ríos M, Urrutia I, Valdés S, Vázquez JA, Vendrell J, Soriguer F. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es, Revista Española de Cardiología; 2016; 69:572-578. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2015.11.036>

- 20** Ministerio de Sanidad. Porcentaje de personas con obesidad por sexo según Comunidad Autónoma; año 2020. Sanidad en un vistazo. Sanidad en Datos. [Internet] [Citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla10.htm>
- 21** Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino 2019 - Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Madrid:Ministerio de Consumo; 2020. https://www.acesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf
- 22** Aguayo A, Urrutia I, González-Frutos T, Martínez R, Martínez-Indart L, Castaño L, Gatzambide S; Diabetes Epidemiology Basque Study Group. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose metabolism in the adult population of the Basque Country, Spain. Diabet Med. 2017; 34:662-666. doi: 10.1111/dme.13181. Epub 2016 Sep 11. PMID: 27353285.
- 23** Urrutia I, Martín-Nieto A, Martínez R, Casanovas-Marsal JO, Aguayo A, del Olmo J, Arana, Fernández-Rubio E, Castaño L, Gatzambide S, and The Diabetes Epidemiology Group. Incidence of diabetes mellitus and associated risk factors in the adult population of the Basque Country, Spain. Scientific Reports 2021; 11: 3016.
- 24** GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol, 18: 459–480, 2019.doi: 10.1016/S1474-4422(18)30499-X
- 25** Departamento de Salud y Gobierno Vasco. Informe de resultados de vigilancia en salud pública 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2024. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/informes_vigilancia_epidem/es_def/adjuntos/Informe-resultados-vigilancia-salud-publica-2023.pdf
- 26** Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2022. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2024 https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/INFECCION%20GONOCOCICA/Informe_Vigilancia_ITs_2022.pdf
- 27** Hiesa eta Sexu Transmisiozko Infekzioen Plana / Plan del Sida e Infecciones de Transmisión. Plan del Sida. Memoria 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento

de salud; 2024. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_salud_sex_vih/es_def/adjuntos/Memoria-VIH-e-ITS-2023.pdf

- 28** Ministerio de Sanidad. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Indicadores seguimiento año 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/PlanTuberculosis/docs/Resumen_PlanTB2022_SEPTIEMBRE_2023.pdf
- 29** Ministerio de Sanidad. Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. Indicadores seguimiento año 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Indicadores_seguimiento_Plan_TB-2021Feb2023.pdf
- 30** Audicana C. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2022. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud Gobierno Vasco; 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2022.pdf
- 31** Ministerio de Sanidad. Patrones de mortalidad en España, 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_mortalidad_Esp_2021.pdf
- 32** Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en la CAPV 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2024. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/encuesta-adicciones-euskadi-2023.pdf
- 33** Porcentaje de personas de 15 y más años que se declaran fumadoras diarias, por sexo según comunidad autónoma. Año 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla7.htm>
- 34** Porcentaje de personas de 15 y más años que consume bebidas alcohólicas al menos una vez por semana, por sexo según comunidad autónoma. Año 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla8.htm>
- 35** Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Año 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
- 36** Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. Med Clin (Barc) 2018;151(5):171-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-avance-resumen-la-carga-enfermedad-espana-resultados-S0025775318303312>

- 37** Eustat. Indicadores comparados de pobreza, precariedad y desigualdad en países de la Unión Europea 2017-2018. Tablas Estadísticas [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. [Citado el 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0017500/indicadores-comparados-de-pobreza-precariedad-y-desigualdad-en-paises-de-la-union-europea-1-/tbl0017586_c.html
- 38** Eustat. Evolución de las situaciones de pobreza y de precariedad real por edad de la persona de referencia en la C.A. de Euskadi. Tablas Estadísticas. [Internet], Vitoria-Gasteiz: Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales; 2021. [Citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0017500/evolucion-de-las-situaciones-de-pobreza-y-de-precariedad-real-por-edad-de-la-persona-de-referencia-en-la-ca-de-euskadi-poblacion-en-viviendas-familiares-incidencia-en-/tbl0017587_c.html
- 39** Instituto Nacional de Estadística. Tasas de paro por comunidad autónoma, sexo y según el tiempo de residencia en el municipio. Estadística de movilidad laboral y geográfica, [Internet] Instituto Nacional de Estadística; 2024 [citado 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=13582>
- 40** Lanbide-Servicio Vasco de Empleo. Personas titulares de Renta de Garantía de Ingresos por Territorios Históricos durante el 2022. [citado el 16 de enero de 2023]; Disponible en: <https://www.lanbide.euskadi.eus/estadistica/beneficiarios-de-renta-de-garantia-de-ingresos-por-territorios-historicos-durante-el-2022/y94-estadist/es/>
- 41** Instituto Nacional de Estadística. Abandono educativo temprano de la población de 18 a 24 años por CCAA y periodo. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2023. [Citado el 13 de agosto de 2024] Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/ICV/dim4/I0/&file=41401.px>
- 42** Eustat. Censos de Población y Viviendas y Estadística Municipal de Educación 2021. Nota de Prensa 29/09/2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/la-poblacion-vasca-con-titulacion-oficial-ha-aumentado-en-15-puntos-entre-2011-y-2021/not0020147_c.html
- 43** Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes. Gobierno Vasco. Encuesta de Necesidades y Demanda de Vivienda 2021. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Planificación Territorial, Vivienda y Transportes. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/ovv_personas_np_endv_2021/es_def/adjuntos/np-endv-2021-es.pdf
- 44** Eustat. Indicadores de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eustat. [citado 18 de abril de 2023] Disponible en : https://www.eustat.eus/indicadores/id_11/ods.html
- 45** Diaz de Corcuera, S. Balance de accidentalidad en Euskadi 2022. Dirección de Tráfico. Gobierno Vasco 2023. Disponible en: https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/02/news_82677/BALANTZEA_-_BALANCE__2022_.pdf

- 46** Departamento de Salud y Gobierno Vasco. Salud Pública y Adicciones Informe 2019-2021. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/informe-de-salud-publica/web01-s2osa/es/>
- 47** Organización Mundial de la Salud. Contaminación del aire ambiente (exterior) [Internet]. OMS; 19 de noviembre de 2022 [consultado 18 de abril de 2023] Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
- 48** Soares J, González Ortiz A, Gsella A, Horálek J, Plass D, Kienzler S. Health Risk Assessment of Air Pollution and the Impact of the New WHO Guidelines. Eionet Report – ETC HE 2022/10). European Topic Centre on Human Health and the Environment; 2022. Disponible en: <https://www.eionet.europa.eu/etc/etcs/etc-he/products/etc-he-products/etc-he-reports/etc-he-report-2022-10-health-risk-assessment-of-air-pollution-and-the-impact-of-the-new-who-guidelines>
- 49** Informe anual de la calidad del aire de la CAPV 2021. Red de Control de Calidad del Aire de la CAPV. Departamento de Desarrollo Económico, Sostenibilidad y Medio Ambiente. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2022. https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/informes_anuales_calidad_aire/es_def/2021_castellano.final.pdf
- 50** Ministerio de Sanidad. Sistema de monitorización de la mortalidad diaria (MoMo) [Internet]. Iciii.es. [citado el 12 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.iciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>
- 51** Eustat. La satisfacción global con su vida de la población de la C. A. de Euskadi. Encuesta de Bienestar Personal 2020. Nota de Prensa 09/06/2021. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/la-satisfaccion-global-con-su-vida-de-la-poblacion-de-la-c-a-de-euskadi-aumenta-en-2020-a-pesar-de-la-pandemia-/not0018806_c.html
- 52** Gobierno Vasco, Secretaría General de la Presidencia. Percepción de bienestar y felicidad. Gabinete de Prospección Sociológica. Vitoria-Gasteiz: Secretaría General de la Presidencia del Gobierno Vasco; 2022. Disponible en: https://bideoak2.euskadi.eus/2022/02/24/news_75305/Sondeo.pdf
- 53** Eustat. Gasto en salud en la C.A. de Euskadi e indicadores 2000-2021. Tablas estadísticas. Cuenta de la Salud. [Internet] Eustat; 2022. [Citado el 24 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0015700/gasto-en-salud-en-la-ca-de-euskadi-e-indicadores/tbl0015733_c.html
- 54** Eustat. Cuenta de la Salud 2021. Nota de Prensa de 31/10/2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/el-gasto-en-salud-per-capita-en-la-ca-de-euskadi-alcanzo-los-3650-euros-en-2021-un-85-mas-que-en-2020/not0020248_c.html

5. Mortalidad CAE

1. Mortalidad en CAE 2023 y evolucion en el periodo 2001-2023

Mortalidad general

Durante el año 2023 se han producido 22.311 defunciones entre las personas residentes en la CAE. Por sexo 11.277 (50,5%) son mujeres y 11.034 (49,5%) hombres. Esto supone un 7,8% menos defunciones que en el año 2022 y, un 3,5% más defunciones que en el 2019, año previo a la pandemia.

Respecto a 2019, año previo a la pandemia del COVID-19, se produce un aumento del número de defunciones del 3,5%.

Este descenso es mayor en las mujeres (-8,5%) que en los hombres (-7,0%). Por territorios históricos, el descenso más acusado se ha producido en Bizkaia con 11.888 defunciones (-9,6%), seguido de Álava, con 2.914 defunciones (-8,1%), y Gipuzkoa, con 7.509 (-4,6%).

La tasa bruta de mortalidad es de 1.015,6 por 100.000 habitantes (un 8,2% menos que en el 2022), 996,7 en las mujeres y 1.035,8 en los hombres. La tasa de mortalidad ajustada por edad a la población europea estándar de 2013 es de 742,5 por 100.000 habitantes; 569,7 para las mujeres y 994,0 para los hombres.

Tabla 1

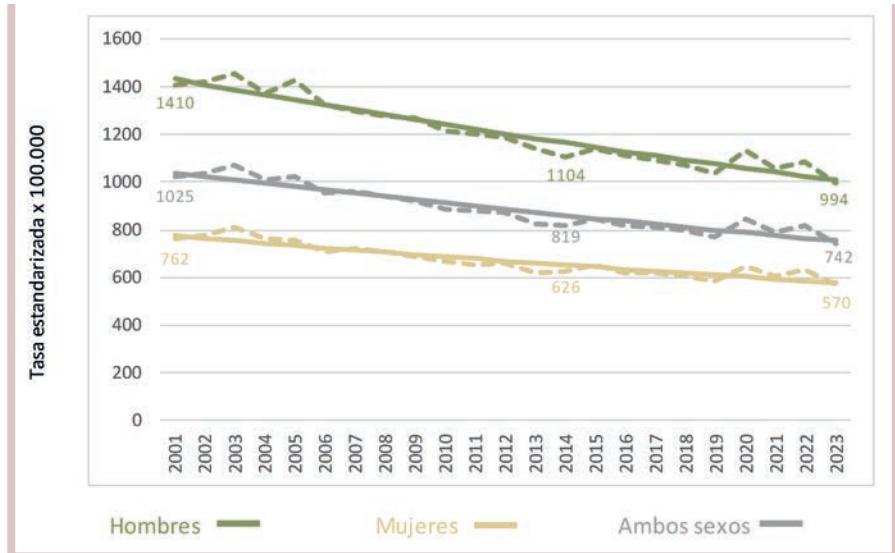
Número de defunciones y tasas de mortalidad por territorio histórico y sexo. CAE 2023

	Emakumeak Mujeres					Gizonak Hombres					Bi' sexuak Ambos sexos				
	Kop. Nº	TG TB	TE13	IC95%		Kop. Nº	TG TB	TE13	IC95%		Kop. Nº	TG TB	TE13	IC95%	
Araba / Álava	1.447	854,1	533,1	505,1	5610	1.467	897,7	907,5	863,4	9516	2.914	875,5	688,7	664,3	732
Bizkaia	6.075	1.023,6	566,3	5516	5810	5.813	1.055,9	987,3	963,1	10115	11.888	1.039,1	736,0	723,0	749,1
Gipuzkoa	3.755	1.018,9	590,8	5716	610,0	3.754	1.068,5	1.045,7	104,0	1077,4	7.509	1.043,1	777,1	759,9	794,2
EAE CAPV	11.277	996,7	569,7	558,9	580,5	11.034	1.035,8	994,0	976,4	10116	22.311	1.015,6	742,5	732,9	752,0

La mortalidad por todas las causas ha descendido significativamente en todo el periodo (2001-2023) un 1,5% anual. Un 1,6% en los hombres y 1,3% en las mujeres.

Gráfico 1

Evolución de la mortalidad por todas las causas (CIE10: A00-Y98), según sexo. CAE en el periodo 2001-2023



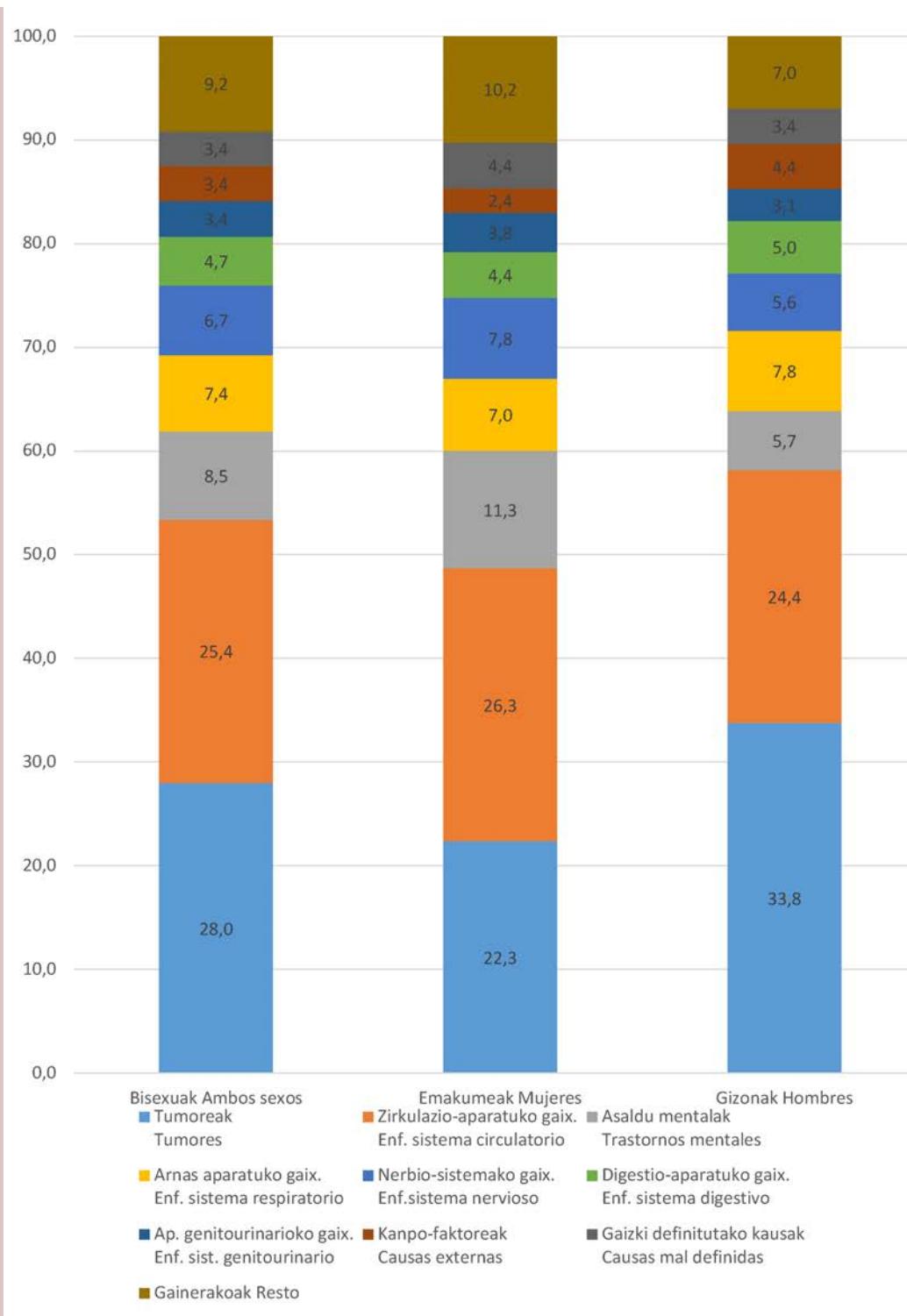
Mortalidad por causas

Los tumores (28,06,4%) son la primera causa de muerte entre la población de la CAE en el 2023; en segundo lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio (25,4%); en tercer lugar, se sitúan los trastornos mentales (8,5%). En orden de frecuencia le siguen las enfermedades del sistema respiratorio (7,4%), y las enfermedades del sistema nervioso (6,7%).

La clasificación varía si analizamos los datos por sexos. En las mujeres la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio (26,3%), seguidas de los tumores (22,3%); a continuación, se encuentran los trastornos mentales (11,3%), las enfermedades del sistema nervioso (7,8%) y las enfermedades del sistema respiratorio (7,0%). En los hombres, en cambio, son los tumores (33,8%) la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (24,4%); a continuación, se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (7,8%), los trastornos mentales (5,7%) y las enfermedades del sistema nervioso (5,6%).

Gráfico 2

Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, según sexo. CAE 2023



Mortalidad. CAE

Analizando la mortalidad por causas específicas, se puede observar que, en las mujeres el 11,2% de las muertes se deben a los trastornos mentales orgánicos senil y preseniles, el 6,5% a la enfermedad cerebrovascular, seguidos de la insuficiencia cardiaca con un 4,9%; a continuación, con un 4,4% está la enfermedad de Alzheimer, y con un 4,1% las enfermedades hipertensivas.

En los hombres, la primera causa de muerte, con un 7,8%, es el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; a continuación, con un 6,9% la cardiopatía isquémica; con un 5,4% los trastornos mentales seniles y preseniles, las enfermedades cerebrovasculares con un 5,0%; con un 3,8% la EPOC, y con un 3% la insuficiencia cardiaca, y el tumor maligno de próstata

Tabla 2
Número de defunciones y tasas por causas seleccionadas y sexo. CAE 2023

Kausak Causas	Emakumeak Mujeres			Kausak Causas	Gizonak Hombres		
	KOP. Nº	TG TB	TE13 TAE13		KOP. Nº	TG TB	TE13 TAE13
Zahartzaro eta zahartzaro aurreko buruko asald. Trast. orgánicos senil y presenil	1.257	111,1	53,7	Trakea, bronkio eta biriketako tum. gaiz. T.M. traquea bronquios y pulmón	865	81,2	74,9
Garuneko hodietako gaix. Enf. cerebro-vascular	734	64,9	36,3	Kardiopatia iskemikoa	757	71,1	66,5
Bihotz-gutxiegitasuna Insuficiencia cardíaca	505	44,6	21,3	Zahartzaro eta zahartzaro aurreko buruko asald. Trast. orgánicos senil y presenil	599	56,2	56,1
Alzheimerra Enf. de Alzheimer	495	43,8	23,1	Garuneko hodietako gaix. Enf. cerebro-vascular	547	51,4	50,0
Gaix. Hipertensiboak Enf. hipertensivas	461	40,7	19,2	BGBK eta antzeko gaixotasunak EPOC y enf. afines	423	39,7	38,4
Zahardadeko ajeak Senilidad	426	37,7	16,7	Bihotz-gutxiegitasuna Insuficiencia cardíaca	345	32,4	32,6
Kardiopatia iskemikoa	387	34,2	19,8	Prostatako tum. gaiz. T.M. próstata	341	32,0	30,7
Trakea, bronkio eta biriketako tum. gaiz. T.M. traquea bronquios y pulmón	365	32,3	25,5	Koloneko tum. gaiz. T.M. colon	279	26,2	24,4
Bularreko tum. gaiz. T.M. mama	322	28,5	20,4	Pankreako tum. gaiz. T.M. páncreas	254	23,8	21,9
Diabetes mellitusa Diabetes Mellitus	266	23,5	12,5	Gaix. Hipertensiboak Enf. hipertensivas	243	22,8	22,5

■ Evolución de la mortalidad por las principales causas

En las tablas 3, 4 y 5 se encuentran los datos, número defunciones, tasas y PCA de los grupos de causas y causas seleccionadas para analizar su evolución.

Tabla 3

Número de defunciones y tasas de mortalidad por grupos de causas y causas seleccionadas por sexo. CAE 2023

	Kausa-multzoak Grupos de causas	Emakumeak Mujeres			Gizonak Hombres			Bi sexuak Ambos sexos		
		Kop. Nº	TG TB	TE13 TAE13	Kop. Nº	TG TB	TE13 TAE13	Kop. Nº	TG TB	TE13 TAE13
C00-C97	Tumoreak Tumores Malignos	2.421	214,0	152,1	3.630	340,8	317,3	6.051	275,5	220,1
C33-C34	Trakea, bronkio eta biriketako tum. gaiz. T.M. traquea bronquios y pulmón	365	32,3	25,5	865	81,2	74,9	1.230	56,0	46,8
C18-C21	T.M. colon-recto	289	25,5	16,7	401	37,6	35,0	690	31,4	24,0
C25	Pankreako tum. gaiz. T.M. páncreas	221	19,5	13,8	254	23,8	21,9	475	21,6	17,4
C61	Prostatako tum. gaiz. T.M. próstata	0	0,0	0,0	341	32,0	30,7	341	15,5	11,4
C50	Bularreko tum. gaiz. T.M. mama	322	28,5	20,4	8	0,8	0,8	330	15,0	11,8
I00-I99	Zirkulazio-aparatuko gaix. Enf. sistema circulatorio	2.970	262,5	137,7	2.692	252,7	244,7	5.662	257,7	181,3
I60-I69	Garuneko hodietako gaix. Enf. cerebro-vascular	734	64,9	36,3	547	51,4	50,0	1.281	58,3	41,6
I20-I25	Kardiopatia iskemikoa Cardiopatía isquémica	387	34,2	19,8	757	71,1	66,4	1.144	52,1	39,6
F00-F99	Asaldu mentalak Trastornos Mentales	1.278	113,0	54,9	625	58,7	58,4	1.903	86,6	57,0
G00-H95	Nerbio-sistemako eta sent. org. gaix. Enf.del Sist.Nervioso y órg.senti.	881	77,9	45,4	614	57,6	54,5	1.495	68,1	49,8
J00-J99	Arnas aparatuko gaix. Enf. sistema respiratorio	786	69,5	37,4	856	80,4	78,6	1.642	74,8	52,3
J40-J44, J47	BGBK eta antzeko gaixotasunak EPOC y enf. afines	180	15,9	9,6	423	39,7	38,4	603	27,5	20,1
J12-J18	Pneumonia Neumonías	114	10,1	5,3	98	9,2	9,3	212	9,7	6,5
V02-Y89	Kanpo-faktoreak Causas externas	267	23,6	15,4	486	45,6	43,9	753	34,3	28,1
W00-W19	Ustekabeko erorikoak Caídas accidentales	77	6,8	4,0	127	11,9	11,7	204	9,3	7,1
X60-X84	Suicidioa eta nork bere buruari eragindako lesioak Suicidio y autolesiones	36	3,2	3,1	105	9,9	9,4	141	6,4	5,9
W65-W84	Itotzea, murgilzea, itolarria Ahogamiento,sumersión,sofoca.	52	4,6	2,3	59	5,5	5,4	111	5,1	3,7
X41X42X44-X45	Drogen bidezko ustekabeko pozoidura	21	1,9	1,4	47	4,4	4,0	68	3,1	2,7
V02-V89	Motordun ibilgailuen zirkulazio-istripuak Accidentes tráfico v ehic.motor	9	0,8	0,7	51	4,8	4,7	60	2,7	2,7
U071	COVID 19	182	16,1	8,8	176	16,5	16,3	358	16,3	11,4
A00-Y98	Gaizki definitutako kausak Todas las causas	11.277	996,7	569,7	11.034	1.035,8	994,0	22.311	1.015,6	742,5

Mortalidad. CAE

Tabla 4

Evolución de las y tasas de mortalidad por grupos de causas y causas seleccionadas en mujeres. CAE 2023

Kokapena Localización	Aldia Período	UAE PCA	(KT %95) (IC95%)
Tumores malignos	2001 - 2023	-0,4	(-0,6 ; -0,2)
<i>Trakea, bronquio eta biriketako tum. gaiz.</i>			
T.M. traquea bronquios y pulmón	2001 - 2010	6,9	(4,5 ; 9,4)
	2010 - 2023	2,5	(1,5 ; 3,5)
Tumor colon recto	2001 - 2015	-0,1	(-1,1 ; 0,8)
	2015 - 2023	-3,5	(-5,6 ; -1,3)
<i>Pankreako tum. gaiz.</i>			
T.M. páncreas	2001 - 2023	1,4	(0,9 ; 1,9)
<i>Bularreko tum. gaiz.</i>			
T.M. mama	2001 - 2003	-11,3	(-23,1 ; 2,3)
	2003 - 2012	0,0	(-1,5 ; 1,7)
	2012 - 2023	-2,0	(-3,0 ; -1,1)
<i>Zirkulazio-aparatuko gaix.</i>			
Enf. sistema circulatorio	2001 - 2003	0,1	(-5,8 ; 6,4)
	2003 - 2013	-4,1	(-4,6 ; -3,6)
	2013 - 2023	-2,5	(-3,0 ; -2,0)
<i>Kardiopatia iskemikoa</i>			
Cardiopatía isquémica	2001 - 2023	-4,8	(-5,2 ; -4,5)
<i>Garuneko hodietako gaix.</i>			
Enf. cerebro-vascular	2001 - 2014	-5,1	(-5,6 ; -4,5)
	2014 - 2023	-2,7	(-3,7 ; -1,6)
<i>Asaídu mentalak</i>			
Trastornos mentales	2001 - 2023	1,2	(0,7 ; 1,6)
<i>Nerbio-sistemako eta sent. org. gaix.</i>			
Enf.del Sist.Nervioso y órg.sent.	2001 - 2003	14,8	(-5,2 ; 39,2)
	2003 - 2023	-0,1	(-0,6 ; 0,3)
<i>Arnas aparatuko gaix.</i>			
Enf. sistema respiratorio	2001 - 2014	-3,0	(-4,7 ; -1,2)
	2014 - 2018	5,0	(-9,6 ; 21,9)
	2018 - 2021	-22,5	(-44,9 ; 9,0)
	2021 - 2023	15,8	(-19,3 ; 66,1)
<i>Neumonías</i>			
	2001 - 2018	-3,0	(-4,5 ; -1,6)
	2018 - 2021	-28,1	(-56,7 ; 19,3)
	2021 - 2023	23,1	(-30,4 ; 117,6)
<i>BGBK eta antzeko gaixotasunak</i>			
EPOC y enf. afines	2001 - 2023	-3,9	(-4,7 ; -3,2)
<i>Kanko-faktoreak</i>			
Causas externas	2001 - 2023	-1,0	(-1,6 ; -0,5)
<i>Motordun ibilgailuen zirkulazio-istripua</i>			
Accidentes tráfico vehic.motor	2001 - 2003	7,9	(-19,3 ; 44,3)
	2003 - 2010	-19,3	(-25,0 ; -13,1)
	2010 - 2023	-3,6	(-6,8 ; -0,4)
<i>Ustekabeko erorikoak</i>			
Caidas accidentales	2001 - 2023	1,5	(0,5 ; 2,6)
<i>Ilotzea, murgiluzea, itolarria</i>			
Ahogamiento,sumersión,sofoca.	2001 - 2019	4,8	(2,7 ; 6,9)
	2019 - 2023	-17,2	(-30,3 ; -1,7)
<i>Drogen bidezko ustekabeko pozoidura</i>			
Envene accidental por drogas	2001 - 2023	5,1	(3,4 ; 6,9)
<i>Suizidioa eta nork bere buruari eragindako lesioak</i>			
Suicidio y autolesiones	2001 - 2023	-0,7	(-2,0 ; 0,5)
<i>Kausak guztiak</i>			
Todas las causas	2001 - 2023	-1,3	(-1,6 ; -1,1)

Tabla 5

Evolución de las y tasas de mortalidad por grupos de causas y causas seleccionadas en hombres. CAE 2023

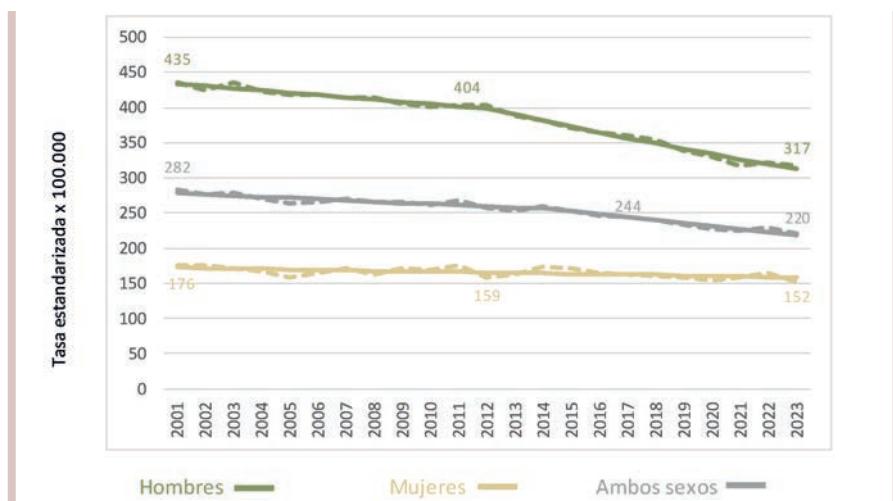
Kokapena Local i zaci ón	Aldia Perí odo	UAE PCA	(KT %95) (IC95%)
Tumores malignos	2001 - 2012	-0,8	(-1,0 ; -0,5)
	2012 - 2023	-2,2	(-2,4 ; -2,0)
<i>Tráquea, bronquio eta biriketako tum. gaiz.</i>			
T.M. traquea bronquios y pulmón	2001 - 2008	0,1	(-1,2 ; 1,5)
	2008 - 2023	-1,8	(-2,2 ; -1,4)
<i>Tumor colon-recto</i>	2001 - 2012	0,4	(-0,5 ; 1,3)
	2012 - 2023	-4,2	(-5,0 ; -3,4)
<i>Páncreas tum. gaiz.</i>			
T.M. páncreas	2001 - 2023	1,2	(0,7 ; 1,6)
<i>Próstata tum. gaiz.</i>			
T.M. próstata	2001 - 2023	-1,6	(-2,1 ; -1,1)
Zirkulazio-aparatuko gaix.			
Enf. sistema circulatorio	2001 - 2023	-2,8	(-3,0 ; -2,6)
Kardiopatía isquémica	2001 - 2023	-3,5	(-3,9 ; -3,2)
<i>Garuneko hodelako gaix.</i>			
Enf. cerebro-vascular	2001 - 2023	-4,2	(-4,6 ; -3,9)
<i>Asaldu mentalak</i>			
Trastornos mentales	2001 - 2023	1,2	(0,9 ; 1,5)
<i>Nerbio-sistemako eta sent. org. gaix.</i>			
Enf. del Sist.Nervioso y órg.senti.	2001 - 2023	0,5	(0,2 ; 0,9)
<i>Arnas aparatuco gaix.</i>			
Enf. sistema respiratorio	2001 - 2018	-2,9	(-3,8 ; -2,0)
	2018 - 2023	-9,2	(-14,7 ; -3,3)
<i>Pneumonia</i>			
Neumonías	2001 - 2018	-3,0	(-4,6 ; -1,4)
	2018 - 2023	-18,1	(-27,3 ; -7,7)
<i>BGBK eta antzeko gaixotasunak</i>			
EPOC y enf. afines	2001 - 2023	-5,0	(-5,5 ; -4,4)
Kanpo-faktoreak			
Causas externas	2001 - 2010	-2,6	(-4,0 ; -1,1)
	2010 - 2023	-0,6	(-1,5 ; 0,2)
<i>Motordun ibilgailuen zirkulazio-istripua</i>			
Accidentes tráfico vehic.motor	2001 - 2012	-11,4	(-13,4 ; -9,4)
	2012 - 2023	-1,1	(-4,2 ; 2,0)
<i>Ustekabeko erorikoak</i>			
Caídas accidentales	2001 - 2023	1,0	(0,1 ; 2,0)
<i>Itoztea, murgilztea, itolarria</i>			
Ahogamiento,sumersión,sofocación	2001 - 2019	3,2	(1,4 ; 5,1)
	2019 - 2023	-14,8	(-27,6 ; 0,3)
<i>Drogen bidezko ustekabeko pozoidura</i>			
Enveno accidental por drogas	2001 - 2023	1,9	(1,0 ; 2,9)
<i>Suicidioa eta nork bere buruari eragindako lesioak</i>			
Suicidio y autolesiones	2001 - 2023	-0,7	(-1,2 ; -0,1)
Kausak guztiak			
Todas las causas	2001 - 2023	-1,6	(-1,8 ; -1,4)

■ Tumores malignos (CIE10:C00-C97)

La mortalidad por tumores malignos ha descendido significativamente en todo el periodo, un 0,6% anual de 2001 a 2014 y a partir de este año hasta el 2023 un 1,7%. En los hombres el descenso ha sido también significativo, un 0,8% en el periodo 2001-2012 y un 2,2% a partir del 2012, en las mujeres ha descendido significativamente a lo largo de todo el periodo un 0,4%.

Gráfico 3

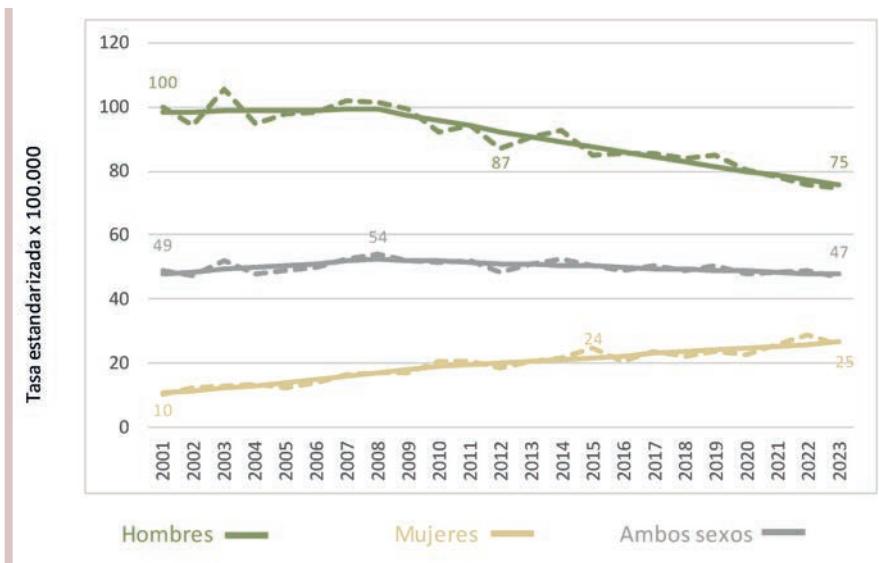
Evolución de la mortalidad por tumores malignos (CIE10: C00-C97), según sexo. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por el tumor maligno de tráquea bronquios y pulmón (C30-C34) aumenta de manera significativa al inicio del periodo hasta 2008 un 1,3% anual, y partir de este año se produce un descenso significativo de un 0,6%. En los hombres solo se produce un descenso significativo a partir de 2008 de un 1,8%, en las mujeres por el contrario se produce un aumento significativo de la mortalidad de un 6,9% anual hasta el año 2009, y a partir de aquí el aumento es de 2,5% anual.

Gráfico 4

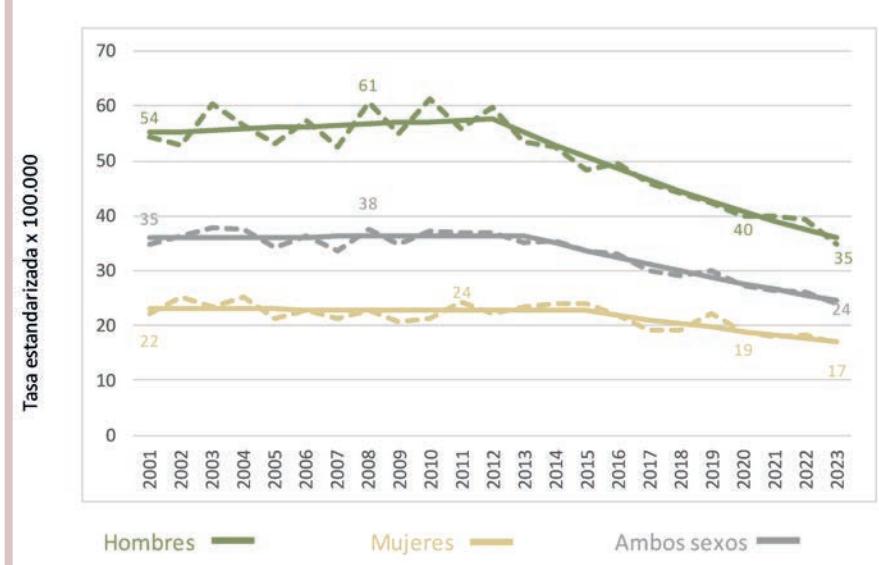
Evolución de la mortalidad por tumor maligno de pulmón (CIE10: C30-C34), según sexo. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad del tumor maligno de colon-recto (C18-C21) desciende significativamente a partir del 2013 un 3,8% anual. En los hombres el descenso significativo se produce desde el 2012 y es de un 2,2% anual, y en las mujeres es a partir del 2015 cuando el descenso es significativo con un 3,5% anual.

Gráfico 5

Evolución de la mortalidad por tumor maligno de colon-recto (CIE10: C18-C21), según sexo. CAE en el periodo 2001-2023

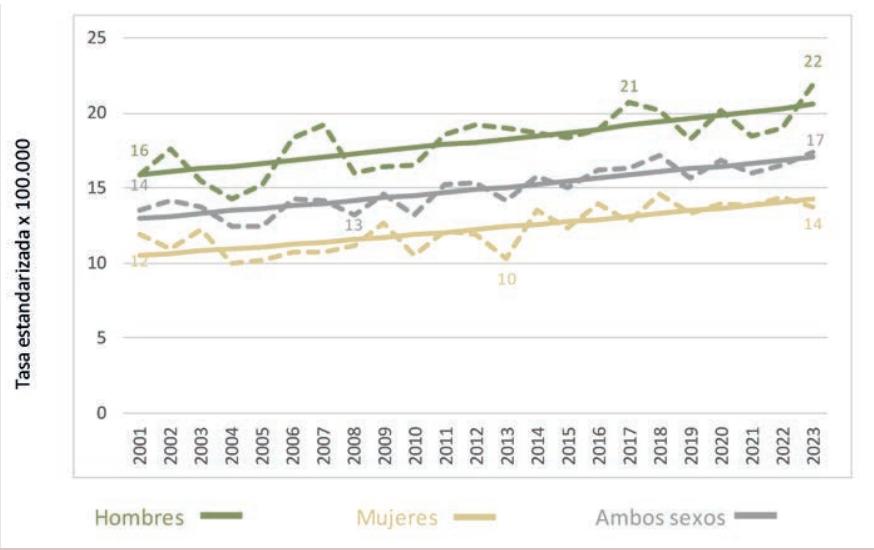


Mortalidad. CAE

La mortalidad por tumor maligno de páncreas aumenta significativamente a lo largo de todo el periodo un 1,3% anual. En los hombres este aumento significativo es del 1,2% y en las mujeres de un 1,4% anual.

Gráfico 6

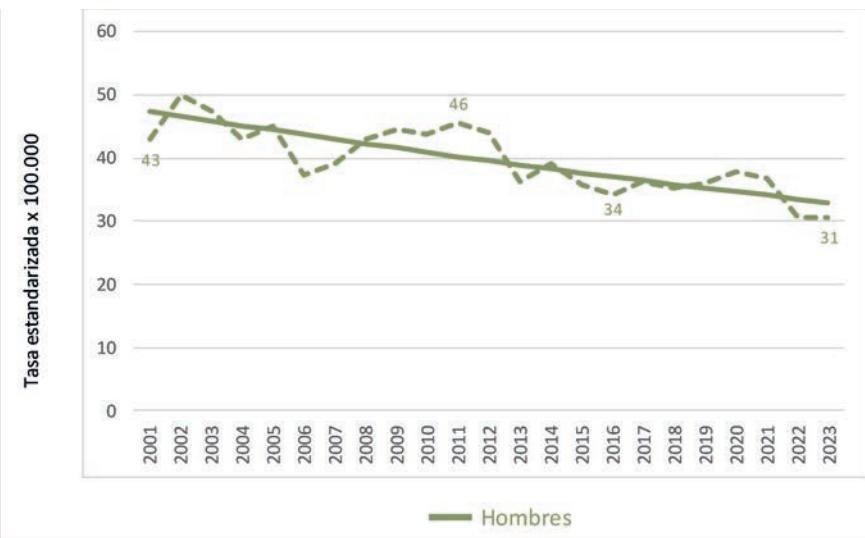
Evolución de la mortalidad por tumor maligno de páncreas (CIE10: C25), según sexo. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por tumor maligno de próstata en descende significativamente en todo el periodo un 1,6% anual

Gráfico 7

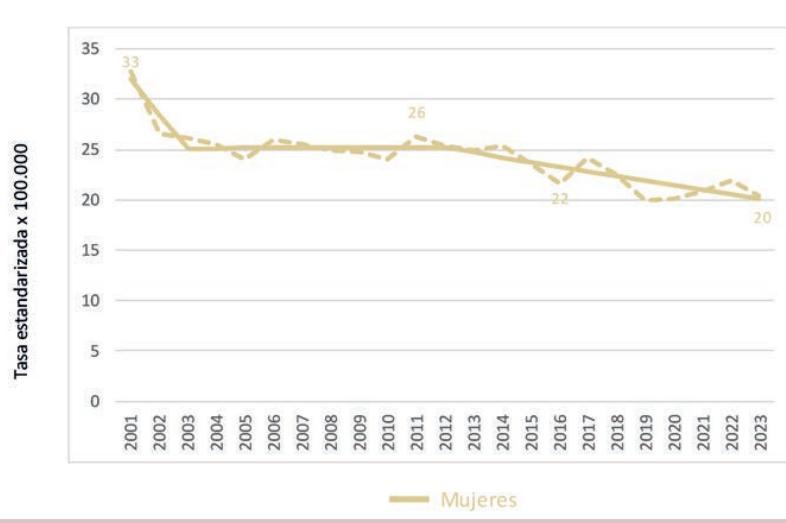
Evolución de la mortalidad por tumor maligno de próstata (CIE10: C61), CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por tumor maligno de mama en las mujeres solo desciende significativamente a partir de año 2012 un 2,0% anual.

Gráfico 8

Evolución de la mortalidad por tumor maligno de mama (CIE10: C50), en mujeres. CAE en el periodo 2001-2023

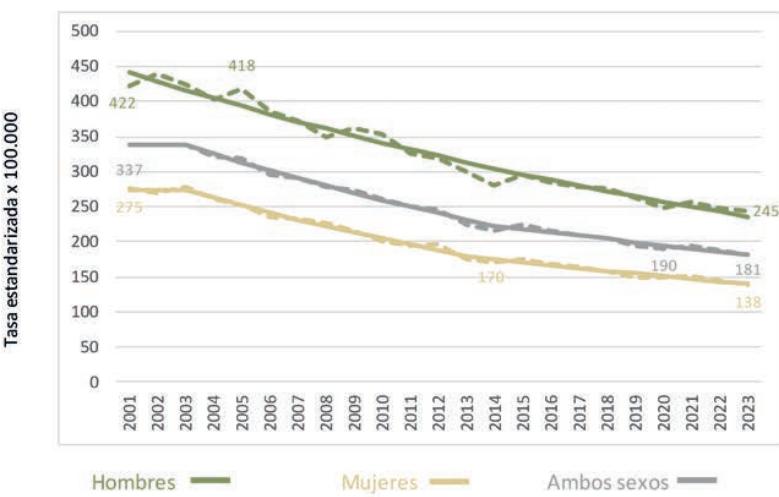


■ Enfermedades del Sistema circulatorio (I00-I99)

La mortalidad por las enfermedades del sistema circulatorio desciende significativamente a partir de año 2003, en el periodo 2003-2014 este descenso es del 3,7% anual y en el periodo 2014-2023 el descenso es del 2,2% anual. En los hombres el descenso es significativo a lo largo de todo el periodo con un 2,8% anual, en las mujeres se produce un descenso significativo del 2003-2013 de un 4,1% anual y de un 2,5% en el periodo 2013-2023.

Gráfico 9

Evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (CIE10: I00-I99), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023

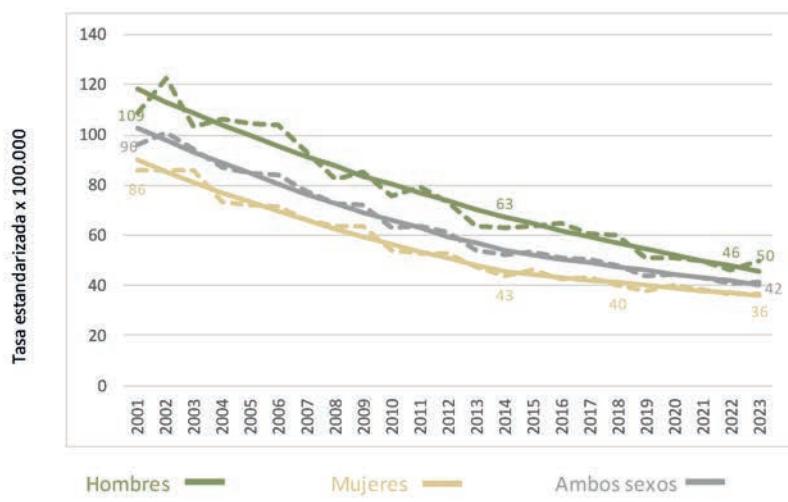


Mortalidad. CAE

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) disminuye significativamente en el periodo 2001-2014 un 4,8% anual, y este descenso es de un 3,8% anual en el periodo 20014-2023. En los hombres el descenso es significativo a lo largo de todo el periodo y es de un 4,2% anual, en las mujeres también el descenso es significativo en todo el periodo, pero de 2001-2014 es de un 5,1% anual y desde 2014-2023 es de un 2,7% anual.

Gráfico 10

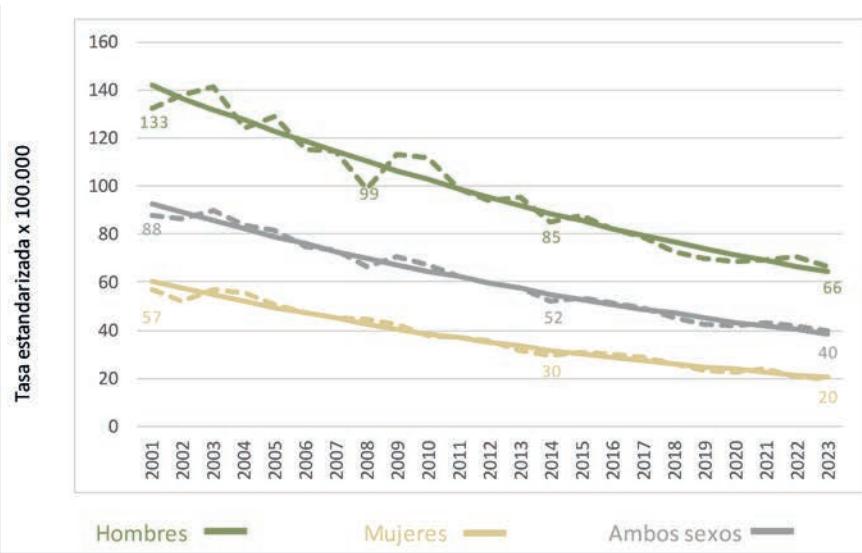
Evolución de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (CIE10: I60-I69), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por cardiopatía isquémica (I20-I25) desciende significativamente a lo largo de todo el periodo un 3,9% anual. En los hombres este descenso es del 3,5%, y en las mujeres el descenso es mayo de un 4,8% anual.

Gráfico 11

Evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica (CIE10: I20-I25), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023

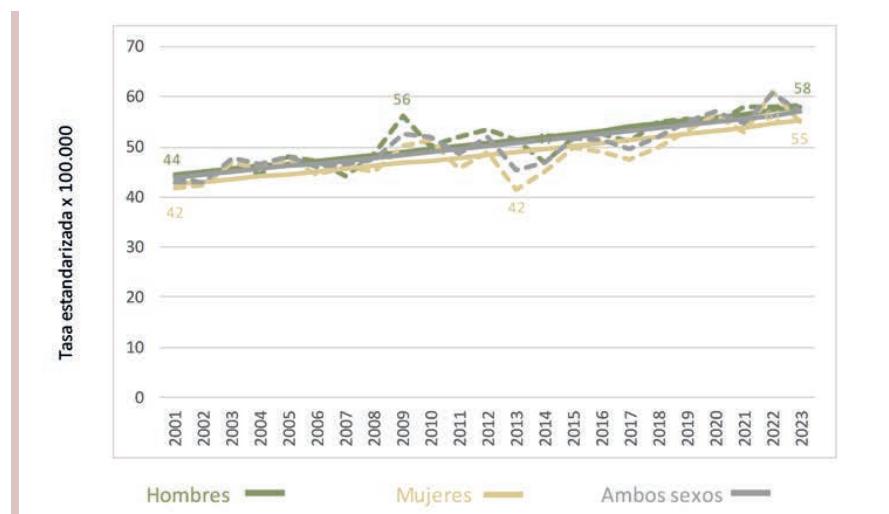


■ Trastornos mentales (F00-F99)

La mortalidad por trastornos mentales, la mayoría de este grupo lo compone las demencias, aumenta significativamente en todo el periodo un 1,2% anual. En los hombres y en las mujeres el aumento es el mismo, 1,2%.

Gráfico 12

Evolución de la mortalidad por tumor maligno de mama (CIE10: C50), en mujeres. CAE en el periodo 2001-2023

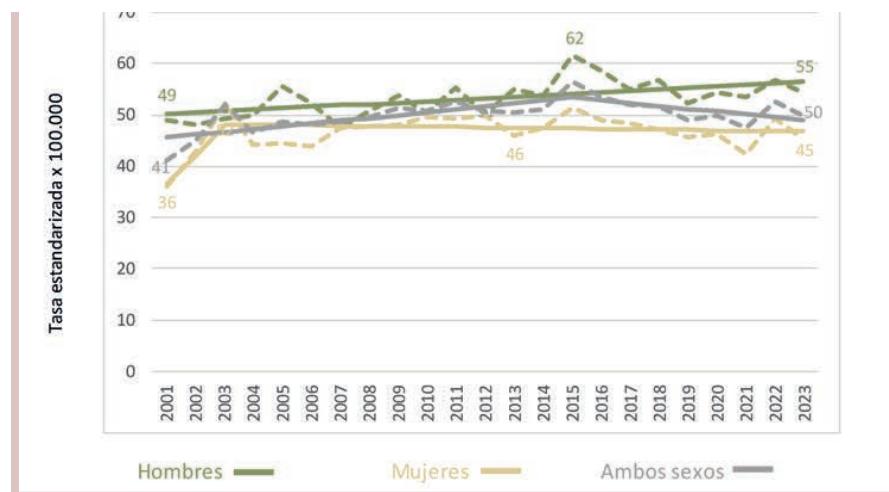


■ Enfermedades del sistema nervioso (G00-H95)

La mortalidad por las enfermedades del sistema nervioso aumenta significativamente en el periodo 2001-2015 un 1,1% anual. En los hombres se produce un aumento significativo a lo largo de todo el periodo de un 0,5% anual, en las mujeres por el contrario el aumento que se produce al inicio del periodo no es significativo.

Gráfico 13

Evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema nervioso (CIE10: G00-H95), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



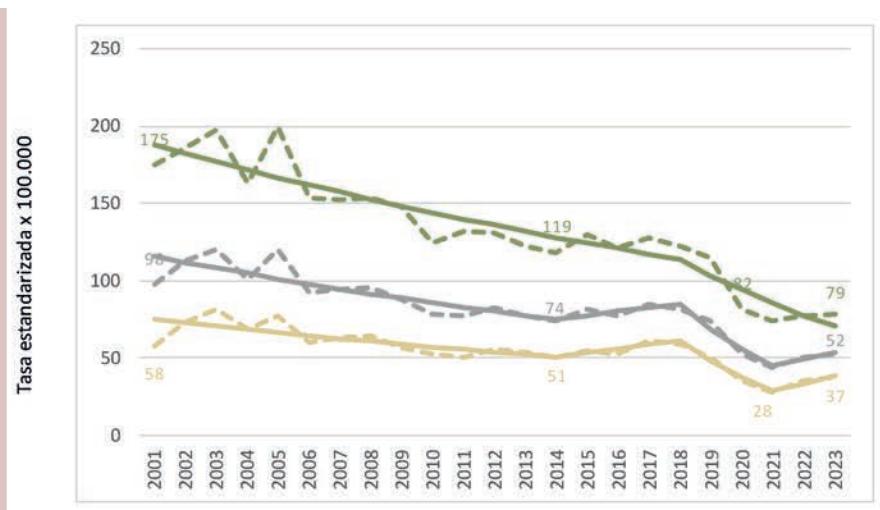
Mortalidad. CAE

■ Enfermedades del sistema respiratorio(J00-J99)

La mortalidad por las enfermedades del sistema respiratorio desciende significativamente al inicio del periodo de 2001-2014 un 3,3% anual. En los hombres, desciende significativamente un 2,9% anual entre 2001-2018 y un 9,2% de 2018-2023, en las mujeres el descenso es significativamente de 2001-20014 de un 3,0% anual.

Gráfico 14

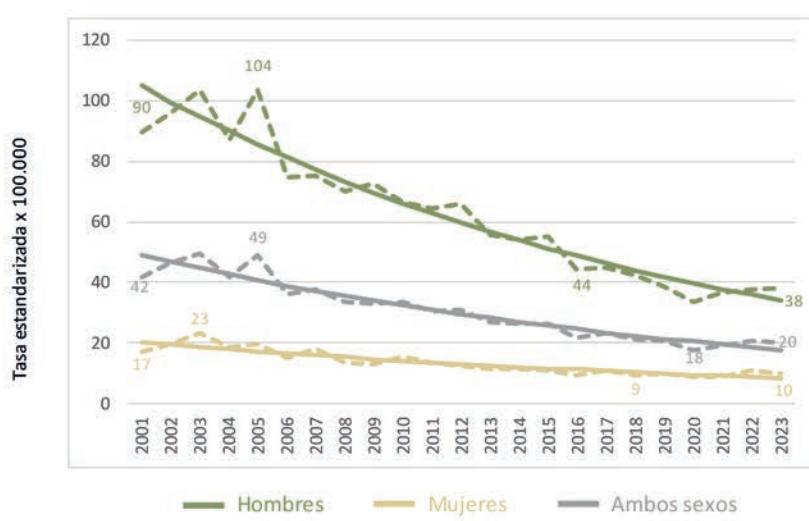
Evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio (CIE10: J00-J99), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por EPOC (J40-J44, J47) desciende significativamente a lo largo de todo el periodo un 4,5% anual. En los hombres desciende significativamente un 5,0% anual y en las mujeres el descenso también significativo es de un 3,9% anual.

Gráfico 15

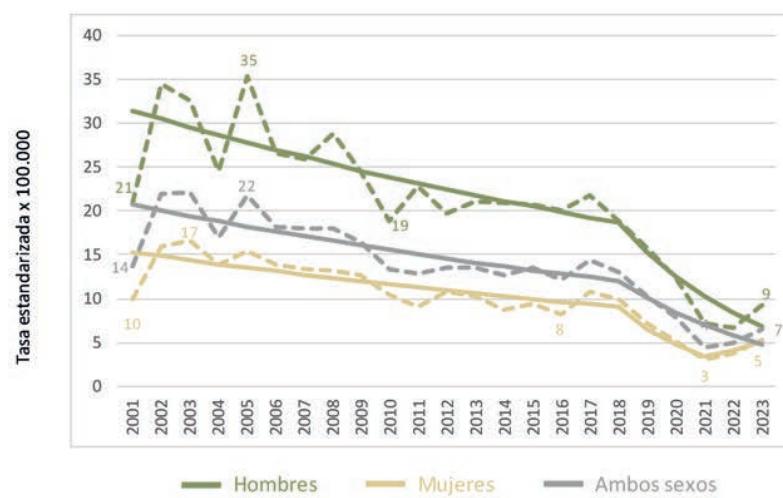
Evolución de la mortalidad por EPOC (CIE10: J40-J44, J47), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por neumonías (J12-J18) desciende significativamente en todo el periodo de 2001-2018 es de un 3,1% y de 2018-2023 es de un 16,7% anual. En los hombres el descenso al inicio del periodo es igual y a partir de 2018 es de un 18,1% anual, en las mujeres solo desciende significativamente al inicio del periodo de 2001-2018 un 3,0% anual.

Gráfico 16

Evolución de la mortalidad por tumor maligno de mama (CIE10: C50), en mujeres. CAE en el periodo 2001-2023

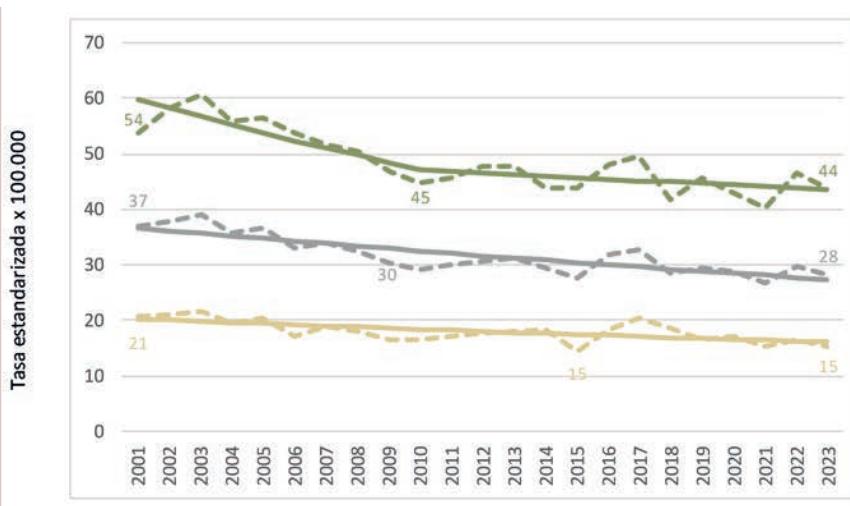


■ Causas externas (V02-Y98)

La mortalidad por causas externas desciende significativamente en todo el periodo un 1,3% anual. En los hombres el descenso es significativo solo hasta el año 2010 y es de un 2,6% anual, en las mujeres desciende significativamente a lo largo de todo el periodo un 1,0% anual.

Gráfico 17

Evolución de la mortalidad por causas externas (CIE10: V02-Y98), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023

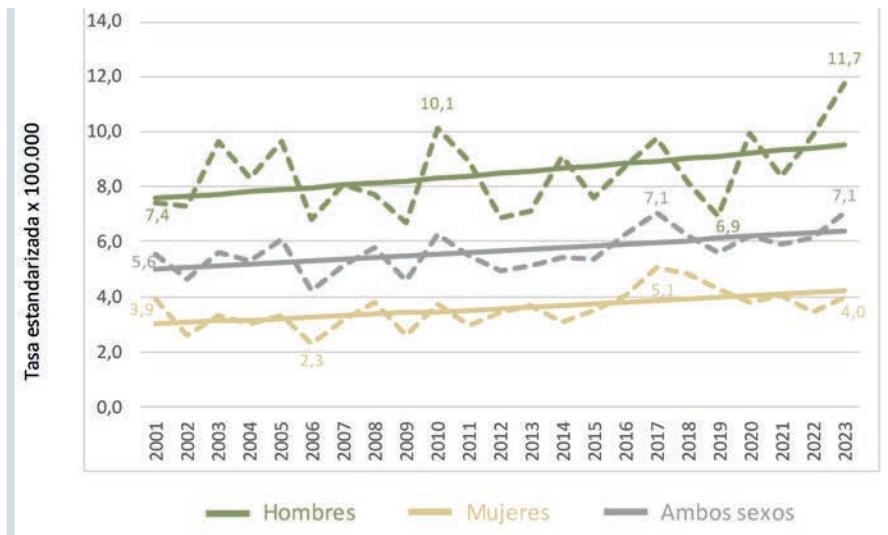


Mortalidad. CAE

La mortalidad por caídas accidentales aumenta significativamente en todo el periodo un 1,1% anual. En los hombres el aumento significativo es del 1,0% y en las mujeres de un 1,5% anual.

Gráfico 18

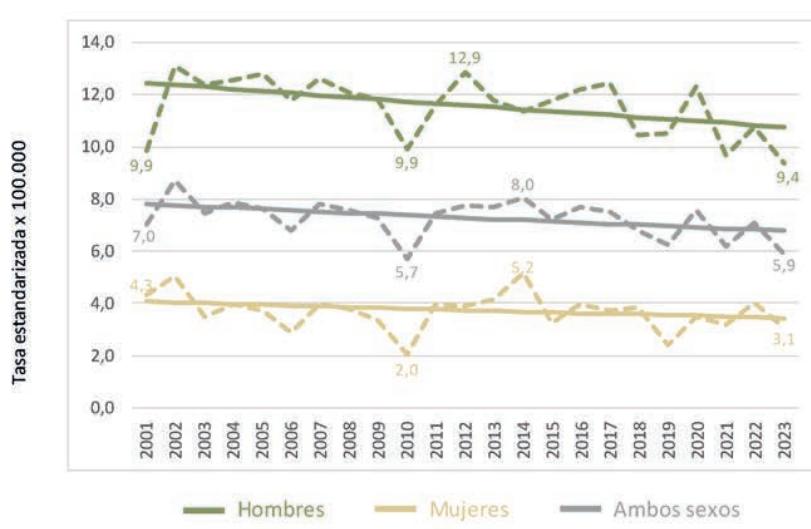
Evolución de la mortalidad por caídas accidentales (CIE10: W00-W19), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por suicidio (X60-X68) disminuye significativamente e todo el periodo un 0,6% anual, en los hombres este descenso es de un 0,7% anual y en las mujeres el descenso no es significativo.

Gráfico 19

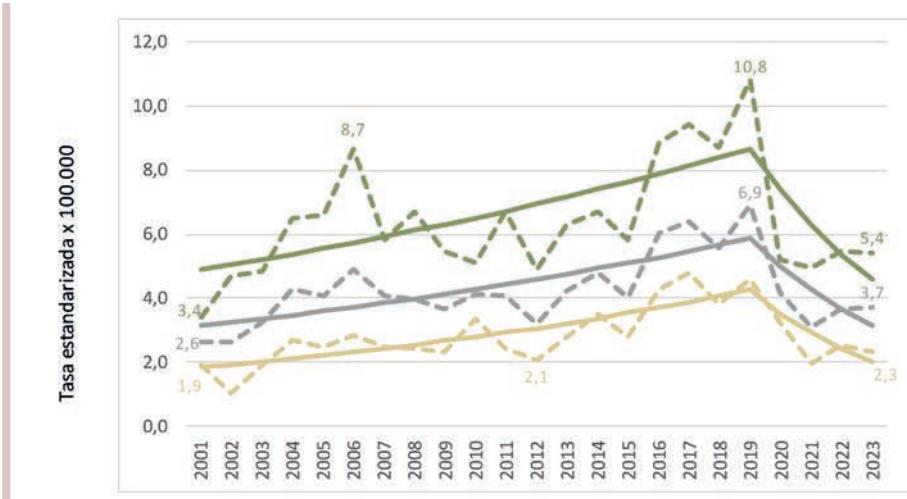
Evolución de la mortalidad por suicidio (CIE10: X60-X68), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por ahogamiento, sumersión y sofocación (W65-W84), donde están incluidas las broncoaspiraciones, aumenta significativamente de 2001-2019 un 3,6% anual y desde 2019 se produce un descenso significativo de un 14,6% anual (desde el año 2019 se revisan las broncoaspiraciones si aparecen como causa básica de defunción). En los hombres también se produce un aumento significativo hasta 2019 de un 3,2% anual y a partir de aquí hay un descenso paro no es significativo. En las mujeres hay un aumento significativo de un 4,8% anual de 2001-2019 y un descenso significativo de 2019-2023 de un 17,2% anual.

Gráfico 20

Evolución de la mortalidad por ahogamiento, sumersión y sofocación (CIE10: W65-W84), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023

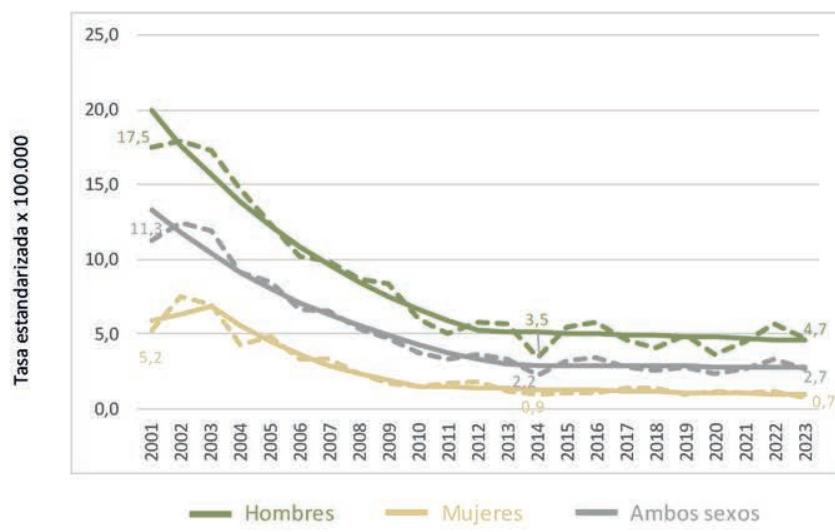


La mortalidad por accidentes de tráfico (V02-V89) disminuye significativamente hasta el 2013 un 11,8% anual. En los hombres el descenso significativo es hasta 2013 con un 11,4% anual y en las mujeres el descenso significativo es desde 2003, y es mayor un 19,3% anual en el periodo 2003-2010, de 2010-2023 el descenso es de un 3,6% anual.

Mortalidad. CAE

Gráfico 21

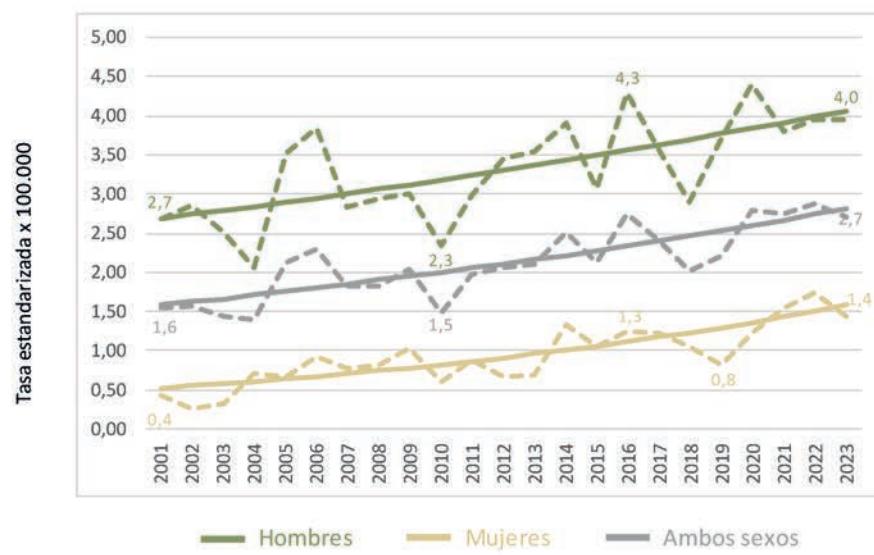
Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico (CIE10: V02-V889), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



La mortalidad por envenenamiento accidental por drogas (X41-X42, X44-X45) aumenta significativamente a lo largo de todo el periodo un 2,7% anual. En los hombres este aumento significativo es de 1,9% y en las mujeres es de un 5,1% anual.

Gráfico 22

Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico (CIE10: V02-V889), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



COVID (U07)

En la CAE en 2023 han fallecido 358 personas por COVID, un 1,6% de las muertes de este año.

El número de mujeres que fallecieron por COVID-19 fue superior al de hombres, 182 frente a 176 hombres. Por edad, el 77,1% de las defunciones debidas al COVID-19 corresponden a personas de más de 80 años.

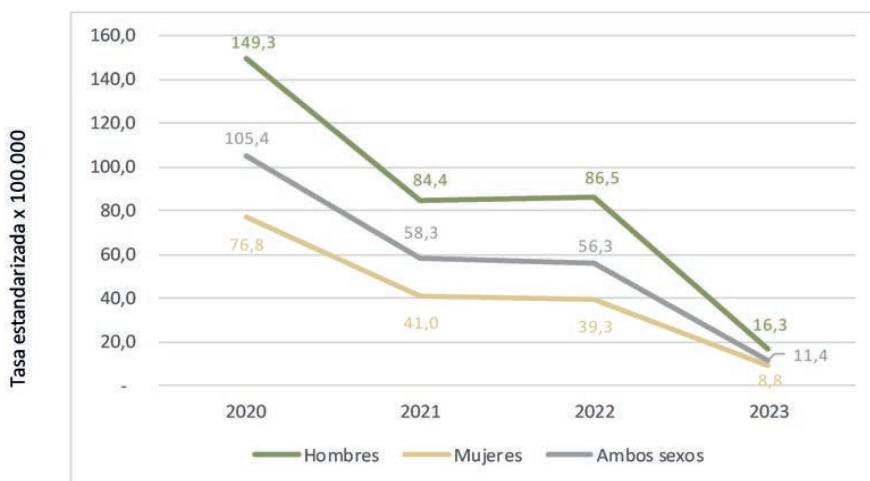
Tabla 6

Número de defunciones y tasas de mortalidad por COVID por sexo. CAE 2020-2023

	Emakumeak Mujeres			Gizonak Hombres			Bi sexuak Ambos sexos		
	Kop. Nº	TG TB	TE13	Kop. Nº	TG TB	TE13	Kop. Nº	TG TB	TE13
2020	1.514	133,4	76,8	1.582	148,2	149,3	3.096	140,8	105,4
2021	757	67,0	41,0	925	86,9	84,4	1.682	73,7	58,3
2022	797	70,8	39,3	924	87,1	86,5	1.721	78,7	56,3
2023	182	16,1	8,8	176	16,5	16,3	358	16,3	11,4

Gráfico 23

Mortalidad por COVID (CIE10: U07), por sexos. CAE en el periodo 2020-2023



Mortalidad. CAE

■ Esperanza de vida (EV) Registro de mortalidad

La EV al nacimiento en la CAE en 2023 se de 84,3 años (87,0 en mujeres y 81,5 en hombres). Las mujeres tienen 5,45 años más que los hombres

Se ha producido un aumento de casi un año con respecto al año 2022 que junto con el 2020 fueron los años donde disminuyó la esperanza de vida al nacimiento debido a la pandemia del COVID.

Con respecto al año 2019, prepandemia, el aumento ha sido de 0,4 años (0,24 en mujeres y 0,6 en hombres).

Gráfico 24

Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico (CIE10: V02-V889), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023

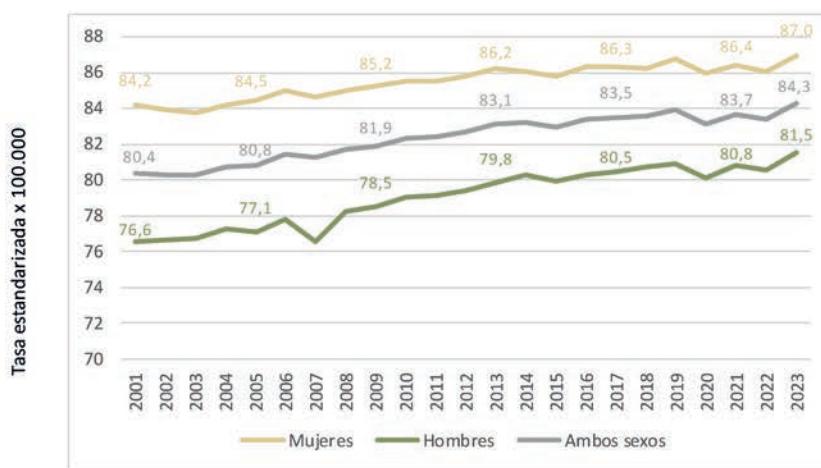
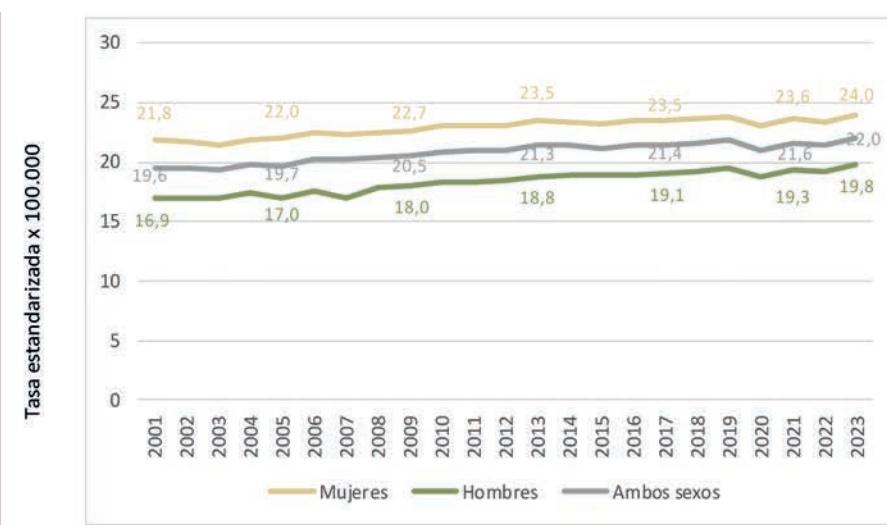


Tabla 7
Esperanza de vida al nacimiento por sexo. CAE 2001-2023

	CAE		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
2001	80,40	76,58	84,18
2002	80,32	76,68	83,90
2003	80,28	76,73	83,77
2004	80,76	77,23	84,22
2005	80,80	77,07	84,49
2006	81,43	77,82	84,96
2007	81,28	76,58	84,62
2008	81,68	78,26	85,01
2009	81,91	78,48	85,23
2010	82,36	79,08	85,50
2011	82,39	79,11	85,54
2012	82,67	79,43	85,79
2013	83,09	79,80	86,22
2014	83,26	80,27	86,05
2015	82,97	79,97	85,82
2016	83,35	80,26	86,29
2017	83,48	80,49	86,31
2018	83,59	80,73	86,26
2019	83,90	80,91	86,73
2020	83,09	80,15	85,92
2021	83,69	80,81	86,42
2022	83,36	80,55	86,03
2023	84,32	81,51	86,97

La EV a los 65 años (intervalo 65-69 años) en la CAE en 2023 es de 22,0 años (19,8 en mujeres y 24,0 en hombres). Las mujeres tienen 4,2 años más que los hombres

Gráfico 25
Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico (CIE10: V02-V889), por sexos. CAE en el periodo 2001-2023



Mortalidad. CAE

Tabla 8

Esperanza de vida a los 65 años por sexo. CAE 2001-2023

	CAE		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
2001	19,56	16,91	21,82
2002	19,54	16,91	21,78
2003	19,38	16,90	21,48
2004	19,84	17,37	21,93
2005	19,68	17,04	21,96
2006	20,26	17,62	22,50
2007	20,24	16,91	22,37
2008	20,34	17,82	22,51
2009	20,53	18,03	22,66
2010	20,85	18,35	22,99
2011	20,92	18,38	23,12
2012	20,94	18,51	23,04
2013	21,35	18,82	23,52
2014	21,36	18,96	23,42
2015	21,17	18,84	23,20
2016	21,37	18,94	23,48
2017	21,44	19,06	23,5
2018	21,59	19,21	23,66
2019	21,81	19,45	23,86
2020	21,04	18,72	23,11
2021	21,58	19,27	23,62
2022	21,36	19,14	23,30
2023	22,01	19,76	23,96

■ Esperanza de vida y esperanza de vida en salud al nacimiento y a los 65 años (Servicio de Estudios e investigación)

9 grafikoa

Esperanza de vida (EV) y Esperanza de vida en buena salud*(EVBS) CAE

Tabla 1.- Esperanza de vida (EV) y Esperanza de vida en buena salud* (EVBS) en la CAE					
	AÑO	EV	EVBS	Años de incapacidad	Variación de la EVBS
HOMBRES					
Al nacimiento	2013	79,6	77,1	2,5	
	2018	80,7	78,6	2,1	
	2023	80,6	77,3	3,4	-1,3
A los 65 años	2013	18,7	17,5	1,2	
	2018	19,3	18,3	0,9	
	2023	19,2	17,9	1,4	-0,4
MUJERES					
Al nacimiento	2013	86,2	82,4	3,8	
	2018	86,8	83,4	3,4	
	2023	86,3	81,9	4,4	-1,5
A los 65 años	2013	23,5	21,0	2,5	
	2018	24,0	21,9	2,1	
	2023	23,5	20,4	3,2	-1,5

* Una persona está en buena salud cuando se declara nada limitado o no gravemente limitado en las diferentes ediciones de la Encuesta de Salud (ESCAV).

Gráfico 10

Esperanza de vida y Esperanza de vida en salud* al nacer en el País Vasco según sexo, 2006-2020

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
EV nacimiento	Hombres	78,1	78,1	78,6	78,8	79,4	79,5	79,8	80,2	80,7	80,3	80,7	80,9	81,0	81,3	80,88
	Mujeres	85,4	85,0	85,5	85,8	86,1	86,3	86,6	87,1	86,9	86,4	87,1	87,0	86,9	87,4	86,25
EVS nacimiento	Hombres	76,0	76,0	75,8	75,4	75,9	76,4	76,5	77,1	77,5	77,5	78,4	78,6	78,7	79,5	78,64
	Mujeres	81,5	81,2	81,3	81,1	81,3	84,0	82,6	83,7	84,0	83,9	84,5	84,5	84,3	82,8	81,95
EV65	Hombres	17,9	18,0	18,1	18,3	18,7	18,8	19,1	19,3	19,5	19,2	19,4	19,5	19,6	19,9	19,02
	Mujeres	22,9	22,7	23,0	23,2	23,7	23,9	24,2	24,5	24,3	23,8	24,3	24,2	24,4	24,6	23,48
EVS65	Hombres	16,9	17,0	16,6	16,2	16,6	16,3	16,9	17,1	17,3	17,8	18,8	18,9	19,0	18,3	17,51
	Mujeres	20,5	20,3	19,6	18,8	19,1	22,1	20,7	21,6	22,1	21,9	22,5	22,5	22,6	20,6	19,8

*años de vida saludable: utilizando la limitación de actividad, obtenida de las encuestas nacionales de salud españolas, como variable de discapacidad.

(https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2020.pdf)

Mortalidad. CAE

■ Mortalidad infantil

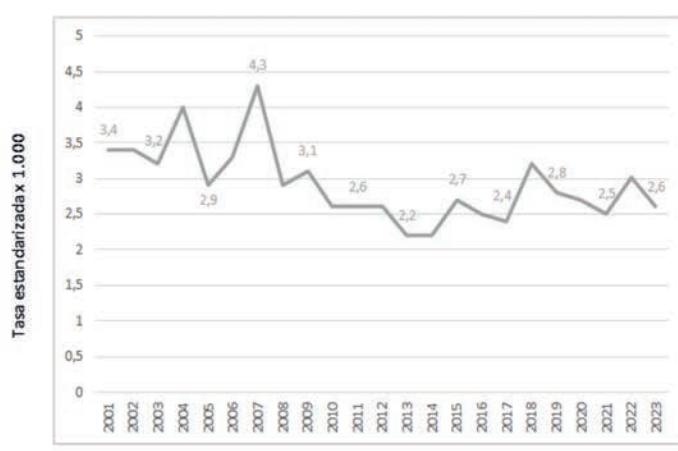
En 2023 se han producido 35 defunciones entre los residentes de la CAE menores de 1 año, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 2,6 por 1.000 nacidos vivos.

En el periodo 2001-2023 se ha producido un descenso significativo de un 1,6% anual.

Tabla 11
Mortalidad infantil. CAE 2001-2023

	Nº	TASAS*
2001	60	3,4
2002	61	3,4
2003	62	3,2
2004	79	4,0
2005	57	2,9
2006	66	3,3
2007	88	4,3
2008	62	2,9
2009	64	3,1
2010	55	2,6
2011	56	2,6
2012	54	2,6
2013	42	2,2
2014	43	2,2
2015	51	2,7
2016	46	2,5
2017	41	2,4
2018	52	3,2
2019	43	2,8
2020	39	2,7
2021	35	2,5
2022	41	3,0
2023	35	2,6

Gráfico 26
Evolución de la mortalidad infantil. CAE en el periodo 2001-2023



■ Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) permiten valorar el impacto de la mortalidad prematura. En las mujeres las causas de muerte que más años potenciales de vida han hecho perder en el 2023 han sido los tumores (57%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio (12%), las causas externas (10%), las enfermedades del sistema nervioso (6%) y las enfermedades del sistema respiratorio (3%). En los hombres los tumores también ocupan el primer lugar (39%) seguidos de las causas externas (20%), las enfermedades del aparato circulatorio (19%), las enfermedades del sistema nervioso (5%) y las enfermedades del aparato digestivo (4%).

Las causas específicas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en el 2023 en las mujeres son, el tumor maligno de mama (12%), el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (11%); les siguen en orden de frecuencia, con un 5% los suicidios y autolesiones, y con un 4% las enfermedades cerebrovasculares. En hombres la mayor mortalidad prematura se debe al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y a la cardiopatía isquémica ambas con un 10%; a continuación, el, los suicidios y autolesiones, con un 6%; los accidentes de tráfico un 4%.

Tabla 12

Número de APVP* y tasas por causas seleccionadas y sexo. CAPV 2023

Kausak Causas	Emakumeak Mujeres			Kausak Causas	Gizonak Hombres		
	KOP. Nº	TG TB	TE13 TAE13		KOP. Nº	TG TB	TE13 TAE13
Bularreko tum. gaiz. T.M. mama	1.613	1,8	1,6	Trakea, bronkio eta biriketako tum. gaiz. T.M. traquea bronquios y pulmón	2.588	2,9	2,5
Trakea, bronkio eta biriketako tum. gaiz. T.M. traquea bronquios y pulmón	1.545	1,7	1,4	Kardiopatía isquémica Cardiopatía isquémica	2.520	2,8	2,4
Suicidio eta nork bere buruari eragindako lesioak Suicidio y autolesiones	625	0,7	0,7	Suicidio eta nork bere buruari eragindako lesioak Suicidio y autolesiones	1.608	1,8	1,8
Garuneko hodietako gaix. Enf. cerebro-vascular	593	0,7	0,6	Motordun ibilgailuen zirkulazio-istripuak Accidentes tráfico v ehic.motor	1.093	1,2	1,3
Pancreako tum. gaiz. T.M. páncreas	470	0,5	0,5	Entzefaloko tum. galz. T.M. encéfalo	865	1,0	0,9
Obulutegiko tum. gaiz. T.M. ovario	465	0,5	0,4	Droger bidezko ustekabeko pozoidura Envene accidental por drogas	845	0,9	0,9
Kardiopatía isquémica Cardiopatía isquémica	453	0,5	0,5	Garuneko hodietako gaix. Enf. cerebro-vascular	815	0,9	0,8
Entzefaloko tum. galz. T.M. encéfalo	430	0,5	0,4	Pancreako tum. galz. T.M. páncreas	765	0,9	0,7
Urdaireko tum. galz. T.M. estómago	385	0,4	0,4	Zirrosis eta gibeleko gaix. Kronikoak Cirrosis y enf. crónicas hígado	693	0,8	0,7
Koloneko tum. galz. T.M. colon	368	0,4	0,4	Gibeleko eta gibel-barneko behazun- bideetako tum. galz. T.M. hígado, vías biliares intrahep.	660	0,7	0,6

* Años Potenciales de Vida Perdidos

TE13: Tasa ajustada por edad a la población europea estándar de 2013 por 1.000

En los gráficos siguientes se presenta la evolución de las tasas estandarizadas por edad con la población europea de los Años Potenciales de Vida Perdidos de las principales causas.

En los gráficos siguientes se presenta la evolución de las tasas estandarizadas por edad con la población europea de los Años Potenciales de Vida Perdidos de las principales causas.

Mortalidad. CAE

Gráfico 27

Evolución de los APVP por tumor maligno de pulmón (C33-C34). CAE en el periodo 2014-2023

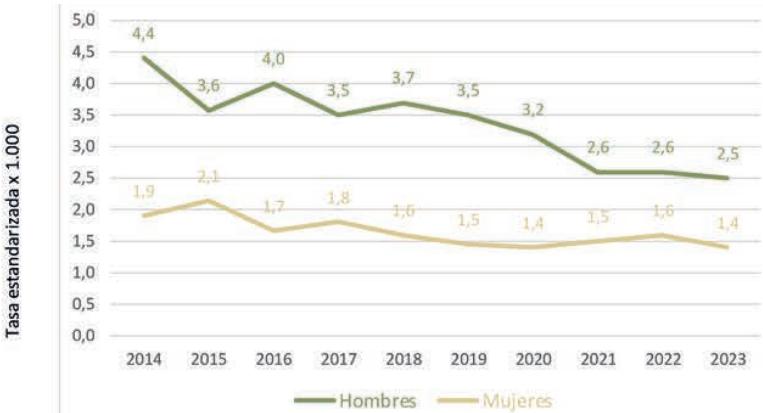


Gráfico 28

Evolución de los APVP por tumor maligno de mama (C50). CAE en el periodo 2014-2023

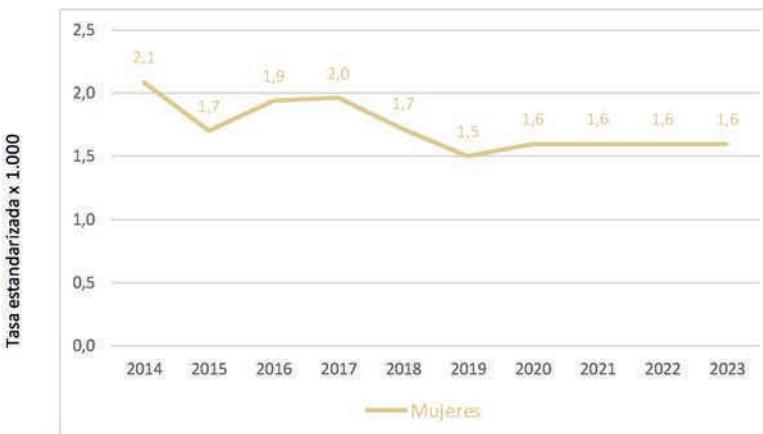


Gráfico 29

Evolución de los APVP por cardiopatía isquémica (I20-I25). CAE en el periodo 2014-2023

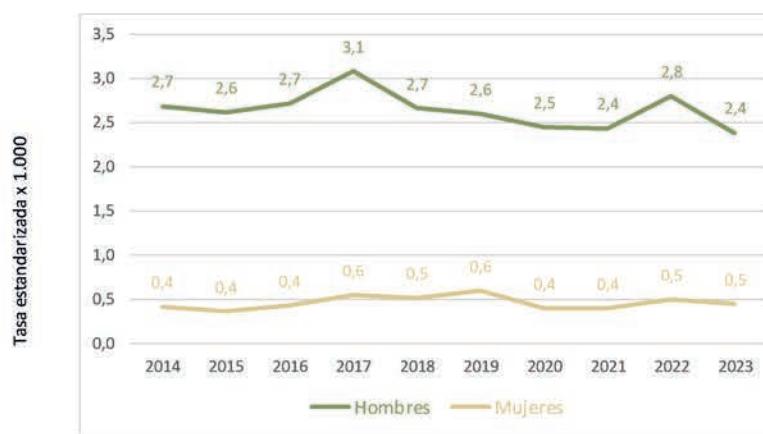
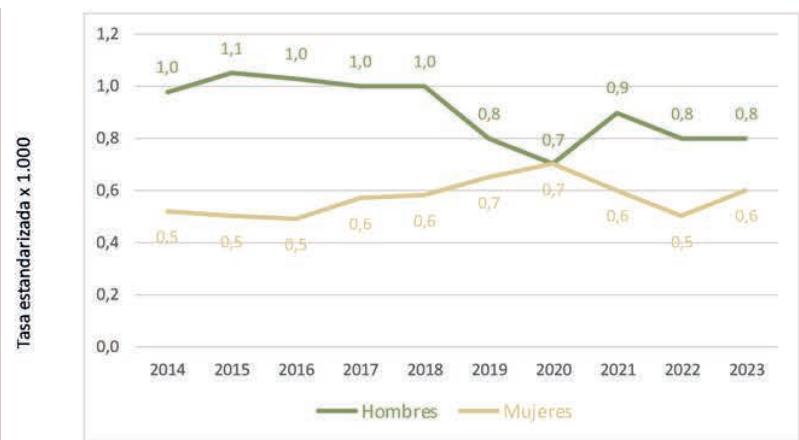
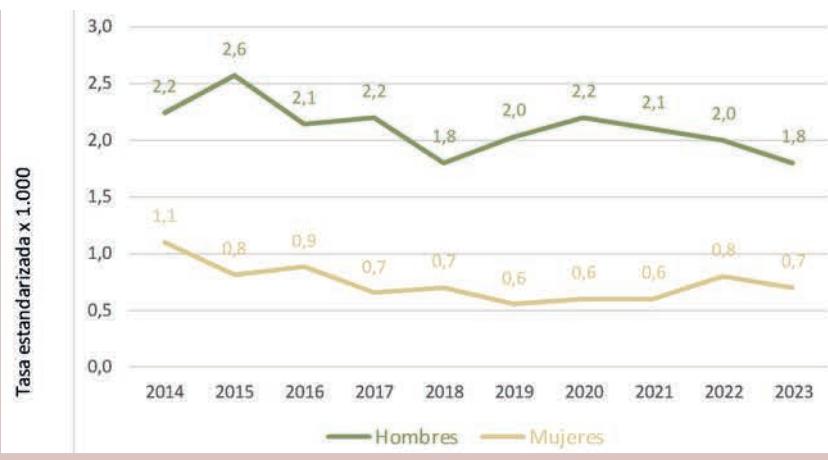


Gráfico 30

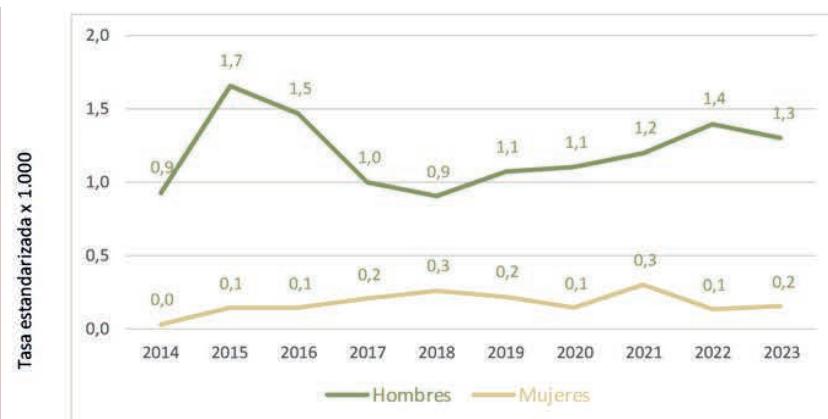
Evolución de los APVP por enfermedad cerebrovascular (I60-I69). CAE en el periodo 2014-2023

**Gráfico 31**

Evolución de los APVP por suicidios (X60-X64). CAE en el periodo 2014-2023

**Gráfico 32**

Evolución de los APVP por accidentes de tráfico (V02-V98). CAE en el periodo 2014-2023



Metodología

La población residente en la CAE 2001- 2023, por edad cumplida, territorio histórico y sexo, procede de la Estadística Municipal de Habitantes elaborada por el Instituto Vasco de Estadística / EUSTAT. Además, el EUSTAT ha facilitado los nacidos vivos ocurridos en la CAE en estos años, necesarios para el cálculo de las tasas de la mortalidad infantil.

Los indicadores de mortalidad que se calculan son: mortalidad proporcional, tasas de mortalidad, brutas y ajustadas por edad mediante estandarización directa, utilizando como población de referencia la población europea estándar del 2013.

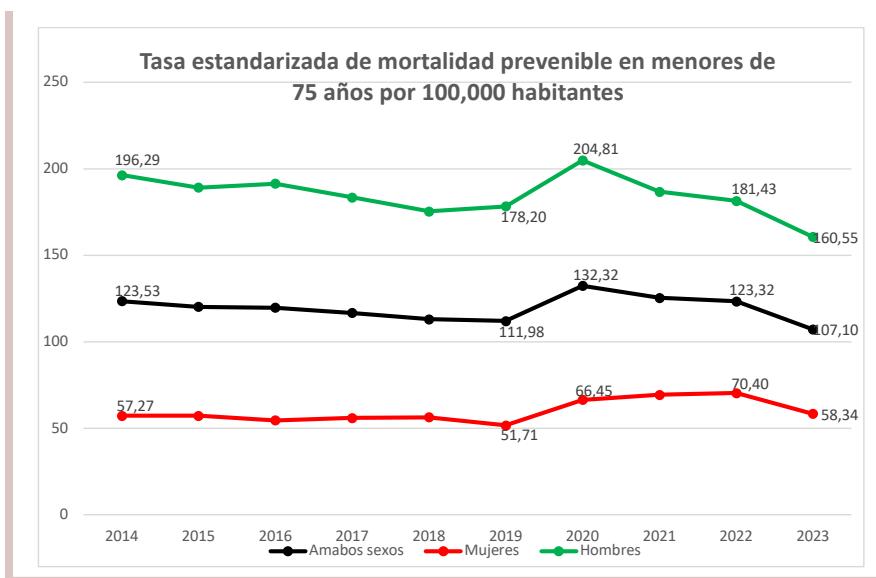
La esperanza de vida ha sido estimada mediante el cálculo de la tabla de vida abreviada según el método de Chiang (3) con los intervalos de edad de 5 años, excepto el de menores de 1 año y el de 1 a 4 años.

Para valorar el impacto de la mortalidad prematura, se han calculado los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Este indicador expresa, los años que no ha vivido una persona fallecida prematuramente después del primer año de vida tomando como límite superior los 70 años. Para evitar la influencia de la distribución por edades de las poblaciones en las comparaciones, se han ajustado los APVP por edad a la población europea estándar.

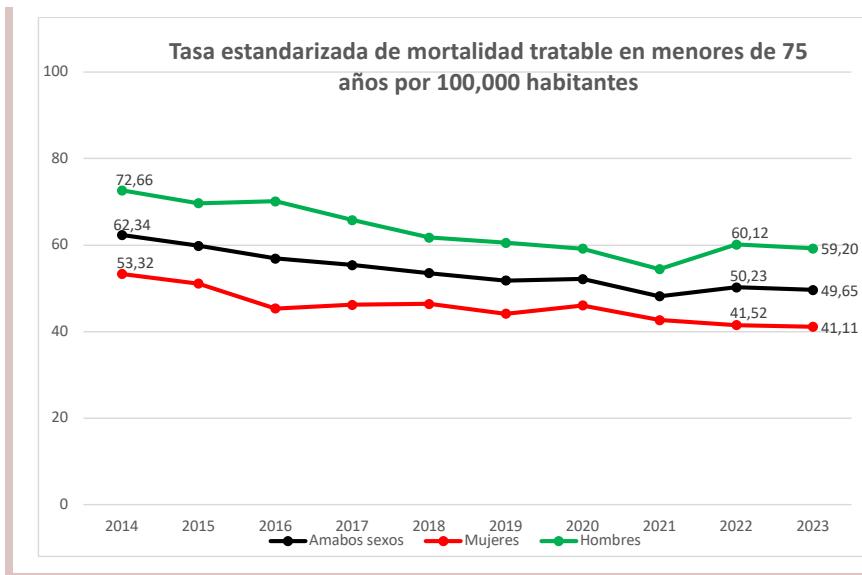
Para el análisis de la evolución temporal de las tasas de las principales causas de muerte en el periodo 2001-2023 se ha utilizado un modelo de regresión loglineal (Joinpoint regression) que permite estimar el porcentaje de cambio anual (PAC) y los puntos de inflexión de las tendencias si los hubiere.

Mortalidad prevenible y tratable

Evolución de las tasas de mortalidad prevenible y tratable en Euskadi.



Evolución de las tasas de mortalidad prevenible y tratable en Euskadi.



Fuente: Registro de Mortalidad del Dpto. de Salud

1. Informe para diagnóstico de salud en Euskadi 2024. V6

1.1 Contexto

El informe que aquí se presenta tiene como objetivo recoger los principales datos de actividad, accesibilidad y recursos de los que dispone Osakidetza para llevar a cabo su propósito, misión y visión, y que se describen a continuación:

El propósito de Osakidetza es prestar atención sanitaria a la población vasca, de una manera integral desde la promoción de la salud, así como desde la prevención y la atención a la enfermedad, buscando los mejores resultados en salud.

Osakidetza tienen como Misión atender a la población vasca, trabajando en red entre todas las organizaciones de Osakidetza y otros agentes, desde un sistema sanitario público y sostenible, añadiendo valor a la sociedad de manera corresponsable con la ciudadanía y con las personas profesionales comprometidas con los resultados en salud y la generación de conocimiento y la innovación

La Visión que se plantea es avanzar hacia una Osakidetza saludable, socialmente responsable y sostenible, proactiva, que se anticipa tanto a las necesidades de la ciudadanía como a las de sus profesionales. Osakidetza quiere ser referente en la práctica asistencial, en la incorporación y uso de la tecnología más adecuada y avanzada, quedando todo ello reflejado en excelentes resultados en salud y en un nivel avanzado de calidad y vanguardia como Organización, que hagan sentir orgullo de pertenencia a sus profesionales.

Osakidetza ha celebrado durante 2023, el 40 aniversario de su creación. Se ha reconocido el pasado, el presente y el futuro de Osakidetza. Hemos recordado y reconocido el pasado y a sus protagonistas, sin los cuales Osakidetza no sería la organización que es hoy, no prestaría los servicios que hoy presta y no tendría el reconocimiento que hoy tiene.

La ciudadanía sabe que cuando realmente nos necesita estamos ahí. Es mucho lo que la sociedad espera de nosotras y de nosotros. En la misma medida que hemos ido mejorando en nuestra capacidad de diagnóstico, de respuesta asistencial, de cuidados, en la misma medida ha ido creciendo la expectativa de la ciudadanía con respecto a que lo que esperan de nuestros servicios.

Los 5 pilares sobre los que sostenemos el sistema son: la cartera de servicios, los profesionales, las infraestructuras y la investigación y la innovación.

Porque el objetivo prioritario de Osakidetza desde el comienzo de su historia ha sido garantizar a todas las personas un sistema sanitario público, universal y de calidad. Un logro colectivo y de toda la sociedad vasca.

Nuestra responsabilidad es el futuro y el futuro ha comenzado con el Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025, con el que deseamos reflejar y transmitir las directrices y las acciones a desarrollar para alcanzar las aspiraciones señaladas en el Plan de Salud 2030. El Plan Estratégico de Osakidetza propone profundizar y avanzar en las dimensiones que venimos trabajando desde hace muchos años: la promoción de la salud, la atención integrada y personalizada, la accesibilidad, la calidad asistencial y el compromiso con la seguridad, la efectividad y la eficiencia y, por supuesto, la mejora continua.

Todos ellos siguen siendo los objetivos que marcan el trabajo diario, sin olvidar que los nuevos tiempos nos orientan a otros desafíos cada vez más presentes, y también, a escenarios cambiantes y exigentes. La innovación e investigación, las nuevas tecnologías, la participación de la ciudadanía o cómo dar respuesta a la necesidad de profesionales en un escenario de envejecimiento de la plantilla de Osakidetza son algunos ejemplos.

Osakidetza afronta este momento desde el manifiesto de sus valores, el conocimiento y la experiencia de sus profesionales para garantizar la atención de las necesidades en salud de la población vasca, generadora de confianza en la ciudadanía, transformándonos en una organización aún más sostenible, responsable, referente por sus resultados, participativa y reconocida.

Recuperación postpandemia

La pandemia por COVID 19 comienza a nivel mundial en enero de 2020, dándose por finalizada por la OMS en mayo de 2023. En Euskadi, se extiende desde marzo de 2020 hasta finales de 2022, dándose por controlada en noviembre de 2022. El punto de inflexión de carácter epidémico se podría establecer entre octubre y noviembre de 2022. Sin embargo, la recuperación de la normalidad y el incremento de actividad normalizada, tiene una visibilidad más tardía y parece evidenciarse en los primeros meses de 2023.

Una vez controlada la pandemia, Osakidetza emprende desde ese momento, una serie de medidas encaminadas a la recuperación de la actividad normalizada.

De manera prioritaria y global, se veía como necesario acometer el exceso de pacientes en espera tanto en Lista de Espera Quirúrgica (en adelante LEQ) como el Lista de Espera para consultas externas o ambulatorias y pruebas (en adelante LE CEE y LE PPCC).

Las tres listas han ido creciendo a lo largo de estos casi tres años de pandemia. Osakidetza comenzó a elaborar un plan de abordaje en el verano de 2022, con diferentes fases, poniendo el primer foco de este plan de recuperación en la LEQ.

Llegando a junio de 2023, es cuando se establecen los siguientes compromisos de Gobierno adquiridos por el Lehendakari para Osakidetza, tanto para la accesibilidad quirúrgica como accesibilidad en Atención Primaria.

Compromisos de Listas de espera: en 6 meses las LE deberán estar de la siguiente manera:

- La Demora Media para cirugía: \leq a 65 días.
- Pacientes en LE para cirugía ordinaria >180 días: deberán ser 0.
- Pacientes en LE para Cirugía Cardiaca >90 días: deberán ser 0.
- Pacientes en LE para Cirugía Oncológica >30 días: deberán ser 0.

En el ámbito de Atención Primaria, una vez terminado el periodo vacacional (veranos 2023) se comienza el trabajo para la homogeneización de agendas, aumentando paulatinamente la oferta de actividad presencial consiguiendo el objetivo de $>70\%$ en las primeras semanas de 2024.

*El trabajo llevado a cabo para homogeneizar agendas va orientado a trabajar en el patrón de la agenda de trabajo de los profesionales, en el que las citas ofertadas con carácter presencial superen el 70%. Es decir 7 de cada 10 citas se ofrecen como presenciales.

En cuanto a los compromisos de accesibilidad en Atención Primaria establecidos:

- Accesibilidad telefónica \geq al 85%.
- Accesibilidad a una cita para el MF \leq de 48 horas.
- Presencialidad en Atención Primaria: \geq al 70%.

Ambos compromisos se han revisado semanalmente desde septiembre de 2023. Su evolución se ve en los datos presentados en el apartado de accesibilidad.

2. Actividad

A continuación, se presentan los principales datos de actividad global de Osakidetza clasificada por ámbitos asistenciales (Hospitalario o Atención primaria), de manera agregada y de manera desagregada por tipología de organización en el caso del ámbito hospitalario (Hospitales de agudos, media y larga estancia, Redes de Salud mental).

Además de nº de asistencias, se presentan otro tipo de indicadores complementarios característicos de cada nivel asistencial.

Para valorar adecuadamente la información es importante tener en cuenta la evolución temporal de los datos, muy marcada por el impacto de la pandemia (años 2020-2021-2022). Se presentan tablas desde 2019, año considerado prepandemia, hasta 2023, para tener la referencia de años completos. En algunos casos se presenta también la actividad del 1º semestre de 2024.

De manera concreta se describe la evolución de la actividad en 2023 respecto a 2022 en la memoria de Osakidetza 2023.

2.1 Actividad en atención primaria

En los centros de salud de Atención Primaria se viene trabajando desde 2018-2019 como modelo de atención corporativo, el **modelo de Gestión de la Demanda**. Este tiene como objetivo atender a las demandas de la población, en base a sus necesidades de salud, identificando y orientando la atención hacia el perfil profesional más adecuado.

Medicina de Familia

Datos anuales	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
MF Consultas Totales	9.521.140	10.163.582	10.510.118	10.389.917	9.825.150	5.237.744
MF Consultas Centro	6.665.833	2.988.552	3.325.615	4.420.751	4.779.860	2.873.864
MF Consultas Administrativas	1.155.215	1.499.707	1.701.883	1.987.505	1.857.724	948.819
MF Consultas Tfno	1.552.588	5.558.116	5.372.768	3.868.688	3.079.021	1.354.597
MF Consultas Domicilio	157.504	117.207	109.852	112.973	108.545	60.464
MF Ratio	28,50	29,28	31,03	31,77	30,95	30,48

La evolución de la actividad de Medicina de familia a lo largo de estos 5 años y medio, ha ido aumentado, con un marcado “efecto pandemia” a expensas de la actividad NO Presencial, fundamentalmente telefónica, y en menor medida, consultas administrativas. Desde finales de 2022, y en el 2023, comienza a recuperarse la presencialidad en el contexto global de la actividad del médico de

familia. La Oferta de consulta presencial en agenda supera desde octubre de 2023 el 70 % de la actividad planificada. Sin embargo, la actividad real está en torno al 50% ya que la actividad sobrevenida o forzada en la agenda del médico de familia (lo que supera la actividad programada en el patrón de agenda) se da habitualmente en formato consulta telefónica ó administrativa por preferencia del paciente o por autoconcertación.

Pediatría

Datos anuales	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
PED Consultas Totales	1.543.619	1.460.363	1.673.694	1.592.030	1.486.749	799.572
PED Consultas Centro	1.245.615	656.038	697.861	909.163	963.172	544.952
PED Consultas Administrativas	106.574	123.331	149.782	160.425	167.259	85.437
PED Consultas Tfno	191.232	680.781	825.805	522.342	356.274	169.171
PED Consultas Domicilio	198	213	246	100	44	12
PED Ratio	21,24	20,21	23,12	23,26	21,61	22,06

El comportamiento de la actividad de Pediatría de atención primaria es similar al de Medicina de familia. Destaca el incremento progresivo de las consultas administrativas. Las ratios se han visto menos afectadas.

Enfermería

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
ENF Consultas Totales	5.901.626	6.633.522	10.840.778	7.743.656	6.863.698	3.296.862
ENF Consultas Centro	4.556.063	3.776.998	7.440.670	4.880.573	4.475.386	2.170.728
ENF Consultas Administrativas	378.247	415.978	526.284	517.474	507.541	229.715
ENF Consultas Tfno	492.471	1.953.143	2.360.147	1.879.978	1.445.652	693.491
ENF Consultas Domicilio	474.845	487.403	513.677	465.631	435.119	202.928
ENF Ratio	14,96	15,65	22,95	17,21	15,50	14,28
Nº extracciones	2.076.702	2.300.499	3.571.970	2.730.277	2.110.289	1.142.191
Nº de paciente con extracción/día	44,59	49,37	71,10	54,81	44,29	47,33

En el caso de la actividad de enfermería vemos claramente el impacto de la vacunación COVID en 2021, además del nº de extracciones (por la realización de pruebas PCR y Ag COVID) lo que dio lugar a un incremento extraordinario de la ratio profesional/ día)

Informe Situación Osakidetza

Cabe destacar además el incremento progresivo desde la pandemia de las consultas telefónicas de enfermería, siendo en el momento actual y también en 2023, un nº tres veces superior a 2019 (prepandemia).

Matronas

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
MATR Consultas Totales	534.894	538.718	588.834	605.908	605.075	315.128
MATR Consultas Centro	357.815	281.437	316.067	336.447	339.114	178.650
MATR Consultas Administrativas	68.314	64.169	67.860	78.813	87.754	42.967
MATR Consultas Tfno	108.413	192.848	204.615	190.347	177.938	93.391
MATR Consultas Domicilio	352	264	292	301	269	120
MATR Ratio		16,67	18,48	19,40	18,89	22,81

La actividad de las matronas ha ido aumentando al asumir desde 2018 y con carácter progresivo en la incorporación de las diferentes poblaciones el cribado del cáncer de cérvix.

Odontología

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
ODON Consultas Centro	119.658	117.094	152.152	153.996	155.297	88.760
ODON Ratio	15,17	14,87	17,95	18,36	18,07	17,58

La actividad de odontología también va aumentando paulatinamente. Efecto del despliegue del nuevo PADI y de la revisión de la cartera de servicios de odontología.

Actividad PAC

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
PAC Consultas Totales	992.590	840.861	966.145	962.534	1.004.744	496.684
PAC MED Centro	613.129	490.972	515.845	568.366	595.807	292.334
PAC MED Domicilio	17.990	15.501	12.433	14.003	12.042	6.078
PAC ENF Centro	347.633	321.318	424.372	369.185	385.439	193.562
PAC ENF Domicilio	13.838	13.070	13.495	10.980	11.456	4.710
PAC MED Ratio		15,08	16,37	17,44	18,80	18,38
PAC ENF Ratio		12,33	15,38	13,34	13,52	13,51

la actividad del PAC ha aumentado ligeramente a expensas de la actividad de enfermería.

Los ratios son cada vez más altos debido a la escasez de profesionales.

Actividad de profesional administrativa*

Actividad administrativa	may-24	jun-24	jul-24
Presencial	12.802	10.349	9.808
Administrativa	7.916	6.468	6.704
Telefónica	11.168	9.841	9.405
Total	31.889	26.658	25.917

Una de las novedades tras la adaptación de la cita web al modelo de gestión de la demanda, fue la creación de agendas propias para el Área Administrativa, donde recaen los trámites clínico-administrativos que la ciudadanía solicita a través de la web, y se gestionan desde esta área (directamente o derivándolos al profesional que pueda dar mejor respuesta). Ver anexo I

La implementación de este tipo de agenda a nivel de todas las OSI ha sido relativamente reciente. En su monitorización desde mayo, se observa la actividad y su distribución según la fórmula de atención, con una presencialidad de entorno al 40%.

Actividad grupal y comunitaria

Datos anuales	2.019	2.020	2.021	2.022	2.023	1S 2024
Total Comunitaria	12.781	10.571	8.080	11.064	13.231	9.755
Adultos	6.901	6.469	3.236	5.348	8.983	3.498
Pediatria	5.980	4.102	4.844	5.716	4.248	6.257

En Atención Primaria, además de trabajar con las personas a nivel individual, se llevan a cabo actividades a nivel grupal y a nivel comunitario.

En las actividades grupales se promueven acciones educativas dirigidas a grupos de personas, teniendo en cuenta las características de éstas, así como las necesidades concretas de cada territorio o comunidad, tratando de buscar el fortalecimiento de los recursos y el fomento del autocuidado y el empoderamiento en salud.

Generalmente, son actividades de educación para la salud grupal, algunas derivadas de los programas corporativos como Euskadi libre de humo de tabaco (cesación individual, grupal, etc.), Programa de Atención al Mayor o Paciente Bizia/Paciente Activo; otras dirigidas a personas con patologías crónicas concretas (Diabetes, EPOC, etc.) o aquellas actividades derivadas de necesidades concretas detectadas en el ámbito local.

En las acciones comunitarias se busca crear alianzas con otros agentes del territorio local, así como con otros sectores e instituciones para mejorar el bienestar de las personas. En este tipo de actividades, la población tiene un papel más activo.

Para este año 2024 se ha tratado de enfocar estas actividades en base a tres pilares:

- Líneas centrales derivadas de planes y estrategias (tabaquismo, voluntades anticipadas y prevención de caídas en personas mayores)
- Líneas concretas de cada UAP en base a su perfil de salud poblacional
- Actividades derivadas de necesidades concretas de la población

2.2 Actividad hospitalaria

A continuación, se muestran los datos de actividad del segundo nivel asistencial. Se trata de datos globales de actividad, datos de hospitalización de agudos, media larga estancia y de salud mental. Se presentan desagregados para poder valorar la diferencia entre ellos.

Se presenta además la actividad en consulta externa hospitalaria, la actividad quirúrgica, urgencias y la de pruebas complementarias, así como la actividad de las redes de salud mental.

Se añaden una serie de indicadores de eficiencia complementarios: estancia media, mortalidad intrahospitalaria y reingresos.

Hospitalización

	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
Hospitalización Global						
Camas	5.099,00	5.211,00	5.157,00	5.218,00	5.183,00	5.472,00
Altas	265.906,00	232.401,00	245.666,00	259.145,00	268.153,00	148.281,00
Estancia media (días)	5,53	6,01	5,93	5,59	5,31	5,13
Índice de ocupación	78,52%	69,82%	73,96%	75,92%	75,31%	75,29%
Hospitalización Agudos						
Camas	4.204,00	4.252,00	4.266,00	4.320,00	4.291,00	4.544,00
Altas	256.099,00	222.316,00	236.090,00	249.185,00	257.761,00	142.716,00
Estancia media (días)	4,53	4,71	4,66	4,62	4,39	4,15
Índice de ocupación	75,88%	66,89%	71,32%	73,38%	72,40%	72,45%

Hospitalización Media/larga	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Camas</i>	469,00	506,00	486,00	482,00	488,00	524,00
<i>Altas</i>	8.573,00	8.547,00	8.105,00	8.676,00	9.012,00	4.914,00
<i>Estancia media (días)</i>	16,52	16,83	17,33	16,82	16,53	15,88
<i>Índice de ocupación</i>	83,37%	75,14%	77,28%	82,63%	81,69%	81,41%
Hospitalización Salud Mental	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Camas</i>	490,00	515,00	468,00	480,00	467,00	468,00
<i>Altas</i>	1.606,00	1.828,00	1.678,00	1.553,00	1.617,00	758,00
<i>Estancia media (días)</i>	114,94	120,82	136,60	105,38	96,44	126,20
<i>Índice de ocupación</i>	97,03%	88,10%	91,19%	90,28%	92,63%	91,91%

Se produce un incremento en el nº de camas en lo que va de 2024, debido a la recuperación franca de actividad hospitalaria. Hay que destacar que en los meses de mayo-junio ha habido un repunte importante de ingresos por COVID.

Actividad quirúrgica

Actividad Quirúrgica	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Intervenciones Programadas Ordinarias</i>	108.161	87.378	95.707	100.714	107.987	62.329
<i>Intervenciones urgentes</i>	18.897	16.507	18.231	18.515	18.264	8.681
<i>Intervenciones Cirugía Menor</i>	84.569	58.251	72.452	77.211	77.568	42.732
<i>Intervenciones extraordinarias Mayor</i>	9.311	5.636	5.957	7.509	9.596	6.044
<i>Intervenciones extraordinarias Menor</i>	1.050	485	473	475	1.037	791
<i>Total intervenciones % CMA</i>	221.988	168.257	192.820	204.424	214.452	120.577
	54,95%	52,98%	54,20%	52,83%	53,01%	54,35%

Es evidente en los últimos dos años (2023 y 1º semestre 2024) como se incrementa la actividad quirúrgica fruto del plan de recuperación.

La tasa de ambulatorización quirúrgica empieza a remontar.

Actividad quirúrgica

Consultas Externas	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Consultas primeras</i>	1.154.400	855.144	995.397	1.039.462	1.074.277	598.773
<i>Consultas sucesivas</i>	3.951.097	3.836.707	3.983.410	4.010.140	4.139.205	2.281.992
<i>Consultas totales</i>	5.105.497	4.691.851	4.978.807	5.049.602	5.213.482	2.880.765
<i>Índice sucesivas/primeras</i>	3,42	4,49	4,00	3,86	3,85	3,81

La recuperación de la actividad en CCEE está siendo algo más tardía

Actividad de Urgencias

Urgencias	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Urgencias atendidas</i>	981.585	735.953	878.727	1.024.034	1038870	534.261
<i>% Urgencias ingresadas</i>	13,60%	16,68%	14,62%	13,37%	13,1%	13,43%
<i>Presión en Urgencias</i>	52,96	52,21	52,78	50,77	48,31	52,96
Media larga	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
<i>Urgencias atendidas</i>	6.330	5.332	5.581	6.664	7.397	3.963
<i>% Urgencias ingresadas</i>	64,08%	67,18%	64,27%	70,05%	70,69%	71,61%

En el caso de la actividad en Urgencias hospitalarias se aprecia un incremento en los años 2022 y 2023 por una disminución de la accesibilidad global tanto en el ámbito de hospitalario como en cierta medida en Atención Primaria. Sin embargo, el % de ingresos se mantiene incluso disminuye. Es destacable el incremento de la actividad, así como el % de ingresos en los hospitales de Media Larga estancia.

Indicadores específicos de la actividad hospitalaria

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
ALTAS H. Agudos	255.727	222.026	235.860	248.916	257.524	142.609
ALTAS H. M-L Estancia	8.573	8.547	8.105	8.676	9.012	4.914
ALTAS H. RSM	1.606	1.828	1.678	1.553	1.617	758
ALTAS Total	265.906	232.401	245.643	259.145	268.153	148.281
Hospitalización a Domicilio	12.693	18.785	12.919	12.909	12.253	6.546
Hospital de Día Médico	267.445	237.240	253.927	259.404	274.280	149.524
Estancia Media Agudos	4,47	4,65	4,61	4,57	4,34	4,12
Estancia M-L Estancia	16,52	16,83	17,33	16,82	16,53	15,88
Estancias RSM	114,94	120,82	136,60	105,38	96,44	126,20
Estancias Hospitalización a Domicilio	14,08	11,62	14,99	15,62	16,42	15,73
Reingresos Hospitalización de Agudos	6,44	6,17	6,28	6,65	6,38	6,38
Reingresos Hospitalización M-L	12,16	9,81	9,02	11,24	8,40	8,97
Nº éxitus intrahospitalario Global	8.871	9.871,00	9.679,00	10.407,00	9.799,00	5.120,00
Tasa de mortalidad intrahospitalaria global	3,34	4,23	3,94	4,02	3,65	3,45
Nº éxitus intrahospitalario Agudos	6.507,00	7.328,00	7.441,00	8.018,00	7.400,00	3.893,00
Tasa de mortalidad intrahospitalaria H Agudos	2,54	3,30	3,15	3,22	2,87	2,70
Nº éxitus intrahospitalario H M-L	2.354	2.483	2.233,00	2.383,00	2.393,00	1.224,00
Tasa de mortalidad intrahospitalaria M-L	27,46	29,05	27,55	27,47	26,55	24,91

La tasa de reingresos permanece estable en los H Agudos y disminuye en los H. Media Larga.

Se aprecia el incremento de la tasa de mortalidad intrahospitalaria por el efecto pandemia (años 2020, 2021, y 2022)

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
PARTOS Osakidetza	13.704	13.117	12.677	12.282	12.390	5.948
CESAREAS	1.860	1.820	1.760	1.709	1.956	784
% Cesáreas	13,57%	13,88%	13,88%	13,91%	15,79%	13,18%

La tasa de cesáreas sufrió un leve repunte en 2023. Ahora parece recuperarse

Actividad Redes de Salud Mental

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
RSM Extrahospitalaria						
Pacientes	96.836	98.138	107.046	108.311	109.117	90.445
RSM Hospitalaria Altas						
RSM Extrahospitalaria Altas	1.606	1.828	1.678	1.553	-	-
RSM Extrahospitalaria Nº Ctas y Proc.	36.990	31.645	34.676	34.030	34.356	18.139
	1.085.218	1.113.211	1.142.179	1.127.329	1.136.205	612.544

Actividad de Pruebas Complementarias

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
PPCC diagnósticas	1.829.394	1.664.060	2.016.368	2.194.110	2.350.784	1.314.721
PPCC Control	5.195.199	3.572.212	4.102.337	4.246.787	4.264.941	2.348.546

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
TAC						
ENDOSCOPIAS	125.446	129.365	155.058	173.908	196.001	109.362
ECOGRAFÍAS	48.146	41.660	52.837	55.725	58.864	33.826
RMN Osakidetza	98.602	98.619	130.832	141.469	145.326	79.926
Total Pruebas Osakidetza	7.317	6.712	7.599	10.592	15.980	9.644
Ingresados (anteriores + Mx, Cates, Ecocardios...)	48.659	49.346	56.951	62.911	69.165	38.424
Total Pruebas Osakidetza Ambulantes (anteriores + Mx, Cates, Ecocardios...)	279.813	275.266	348.560	376.489	411.387	231.803
RMN Osatek Nº Pacientes			123.417	120.479	125.721	72.412
RMN Osatek Nº Pruebas	157.919	137.379	163.600	156.520	162.719	93.990

2.3 Actividad Emergencias

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
<i>EMERGENCIAS Llamadas Recibidas</i>	405.954	504.811	481.798	442.950	413.207	208.309
<i>EMERGENCIAS Ambulancias SVB+SVA+SVE</i>	191.647	183.672	201.119	215.851	216.775	110.418
<i>EMERGENCIAS Helicóptero</i>	415	398	500	473	489	236
<i>CONSEJO SANITARIO Llamadas Recibidas</i>	192.173	359.418	244.934	217.363	201.959	110.149
<i>CONSEJO SANITARIO Seguimiento pacientes crónicos</i>	32.552	19.348	22.776	26.136	25.831	14.561
<i>CONSEJO SANITARIO Actividad Programada</i>	35.081	41.644	35.890	40.306	38.539	21.563
<i>Beti-ON</i>	36.397	41.928	41.555	46.669	46.067	24.774

Efecto pandemia en la actividad de emergencias durante los años de la misma (sobre todo 2020 y 2021)

2.4 Actividad del Centro Vasco de transfusiones y tejidos

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
<i>Donaciones sangre total</i>	76.287	74.756	76.137	75.172	67.495	35.563
<i>Donaciones Aféresis</i>	6.569	5.720	8.313	8.096	10.153	5.380
<i>Donaciones diarias</i>	331	321	334	334	307	322
<i>Donantes de órganos (Riñón, Hígado,...)</i>	143	114	113	124	126	*
<i>Trasplante Renal</i>	169	152	149	166	157	*
<i>Trasplante Hepático</i>	76	71	71	68	75	*
<i>Donantes médula ósea</i>	822	703	536	478	567	*
<i>Donantes tejidos (córneas, tej. osteotendinoso, piel)</i>	180	135	145	172	187	*
<i>Tasa x millón Donantes de órganos (Riñón, Hígado,...)</i>	65,0	51,3	51,3	56,3	57,0	*
<i>Tasa x millón Trasplante Renal</i>	76,8	68,4	67,4	75,4	71,0	*
<i>Tasa x millón Trasplante Hepático</i>	34,5	32,2	32,1	30,9	33,9	*
<i>Tasa x millón Donantes médula ósea</i>	373,6	316,7	242,5	217,2	256,5	*
<i>Tasa x millón Donantes tejidos (córneas, tej. osteotendinoso, piel)</i>	81,8	60,8	65,6	78,2	84,6	*

*Dato anual



Trasfusiones y donaciones de órganos

En relación con las trasfusiones, que se coordinan desde el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos, el número de donaciones de sangre total ha disminuido un 10 % respecto al año anterior, mientras que la donación por aféresis ha aumentado un 25 %.

Para el año 2023, se han realizado un total de 307 donaciones diarias.

Tanto el nº de donaciones de órganos como las tasas por millón de población (p.m.p.) han aumentado este año en general, salvo en los trasplantes renales.

Euskadi sigue estando a la cabeza en lo referente a la tasa de donación de órganos por millón de habitantes, con una tasa de 57 donantes p.m.p.

Es el único país que mantiene su tasa de donantes por encima de las 40 personas p.m.p. desde comienzo de realizado un total de 307 donaciones diarias.

Tanto el número de donaciones siglo, alcanzando una media de 56,8 en la última década

En 2023, fueron 270 las personas ciudadanas vascas trasplantadas en Euskadi o en otras comunidades convenidas, lo que supone una tasa de 122 p.m.p.

2.4 Actividad Oncológica

Datos anuales de hospitalización	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
Ingresos servicio	6.821	6.419	6.761	7.049	7.191	3.847
Altas servicio	6.834	6.420	6.754	7.057	7.186	3.797
Estancia media servicio	6,79	6,70	6,64	6,71	6,74	6,43
Estancia media servicio sin HDQ	6,80	6,71	6,65	6,71	6,74	6,45
Índice de rotación servicio	47,70%	44,87%	47,28%	49,25%	45,42%	24,19%
Tasa de mortalidad servicio	13,35%	14,41%	15,19%	14,61%	14,57%	12,93%

Datos anuales de Consultas Externas	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
Primeras consultas	17.294	16.353	14.240	14.649	14.271	7.416
Consultas sucesivas	134.369	160.894	171.563	177.240	184.917	94.259
Total consultas	151.663	177.247	185.803	191.889	199.188	101.675
Índice suces/prim	7,77	9,84	12,05	12,10	12,96	12,71
Total pruebas	153.895	159.594	147.726	142.874	141.816	72.571

HOSPITAL DÍA MÉDICO	2019	2020	2021	2022	2023	1º S 2024
Número de procedimientos	80756	77.462	74589	74608	79.655	42.316
Número de sesiones	67666	67.603	68845	70911	75.004	39.844
Número de pacientes	7932	8.537	8926	9124	9.436	7.032
Traslados a Hospitalización	495	355	409	559	650	396

Se recoge de manera agregada la actividad de todos los servicios de oncología médica y radioterápica de la red. La actividad en los servicios de oncología crece en 2023 en el área de hospitalización y en el área de Consultas a expensas de las consultas sucesivas. También hay un incremento importante del nº de pacientes en Hospital de día médico.

3. Accesibilidad: demora y listas de espera

3.1 Accesibilidad a atención primaria

● Accesibilidad telefónica

OSI	CENTROS SANITARIOS AP													
	ENERO 2024		FEBRERO 2024		MARZO 2024		ABRIL 2024		MAYO 2024		JUNIO 2024		JULIO 2024	
	Nº LLAMADAS RECIBIDAS	ACCESIBILIDAD												
ARABA	154.533	74%	135.291	81%	140.727	70%	151.634	66%	151.513	74%	131.204	79%	126.853	80%
ARABA-KO ERROIAK	5.063	89%	4.737	87%	4.619	84%	4.653	86%	4.532	91%	4.307	82%	4.510	91%
BARAKALDO-ESTIAO	63.953	83%	48.505	94%	47.754	87%	56.515	85%	58.913	85%	58.219	79%	66.353	70%
BARRUALDE-GALDAKAO	146.473	89%	130.800	92%	126.689	86%	138.675	86%	140.530	89%	128.595	88%	125.568	82%
BIDA SOA	33.117	84%	27.842	89%	26.193	80%	31.807	75%	30.328	83%	26.389	83%	26.682	84%
BILBAO-BASURTO	160.378	96%	150.978	95%	140.972	59%	157.047	92%	162.769	94%	149.416	94%	137.725	93%
DEBABARRENA	29.417	95%	26.659	94%	24.396	91%	27.244	91%	28.235	93%	25.645	93%	24.182	91%
DEBAGOIENA	21.234	91%	18.808	91%	17.556	89%	19.657	86%	20.079	92%	18.090	88%	20.275	77%
DONOSTIALDEA	156.750	91%	133.652	94%	133.430	88%	160.965	83%	157.682	88%	144.040	85%	145.564	83%
EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	70.045	84%	60.902	88%	59.944	82%	65.941	80%	63.362	89%	57.603	88%	59.125	82%
GOIERRI	43.009	89%	37.060	91%	36.453	86%	41.104	84%	41.314	88%	37.263	88%	37.726	85%
TOLOSA LDEA	30.912	95%	27.037	94%	26.665	90%	28.766	90%	29.157	94%	25.367	93%	26.834	86%
URIBE	81.191	94%	69.921	98%	67.302	94%	78.672	89%	78.813	94%	71.940	92%	82.335	77%
OSAKIDETZA	996.075	88%	872.192	91%	852.600	85%	962.680	83%	967.427	88%	878.178	87%	887.832	83%

NOTA: En rojo las OSI por debajo de objetivo 85%

ATENCIÓN TELEFÓNICA		Semana 3 - 9 Junio 2024	Semana 10 - 16 Junio 2024	Semana 17 - 23 Junio 2024	Semana 24 - 30 Junio 2024	Semana 1 - 7 Julio 2024	Semana 8 - 14 Julio 2024	Semana 15 - 21 Julio 2024	Semana 22 - 28 Julio 2024	Semana 29 Julio - 4 Agosto 2024	Semana 5 - 11 Agosto 2024
CALL CENTER VACUNACIÓN	Nº Llamadas recibidas	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones
	Accesibilidad										
CENTROS SANITARIOS AP	Nº Llamadas recibidas	226.496	216.925	219.214	213.829	207.843	195.401	198.019	191.241	169.635	160.273
	Accesibilidad	88%	89%	87%	85%	87%	89%	87%	74%	84%	89%
CAU CIUDADANIA	Nº Llamadas recibidas	8.126	7.810	8.774	9.442	8.049	8.603	11.814	18.116	7.657	4.496
	Accesibilidad	83%	84%	83%	82%	86%	89%	79%	73%	72%	80%
	TOTAL LLAMADAS	234.622	224.735	227.988	223.271	215.892	204.004	209.833	209.357	177.292	164.769

La puerta de entrada al sistema en un % muy elevado es a través de la llamada telefónica al centro de salud. De ahí la importancia en monitorizar la accesibilidad telefónica. Se considera aceptable cuando esta supera el 85%. En las tablas se observa el % de accesibilidad del último año por OSI. Y agregado diferenciando además la actividad del CAU Ciudadanía como un recurso corporativo de apoyo a todas las OSI.

El Call center de vacunación fue un gran recurso complementario durante la campaña de vacunación COVID y no está activo en estos momentos.

Una vez se accede con la llamada es importante poder ofrecer una cita con el profesional mas adecuado para la demanda asistencial. En la introducción ya se ha hecho mención a los compromisos de gobierno para mejorar la accesibilidad en Atención Primaria, inferior a dos días. Esto se ha conseguido desde los primeros meses de 2024 para Medicina de Familia, Enfermería o Pediatría.

En esta tabla se observa el evolutivo de la accesibilidad desde el inicio del compromiso.

Cita Web y cita IVR

Atención primaria	Objetivo	ago-23	sep-23	oct-23	nov-23	dic-23	ene-24	feb-24	mar-24
Accesibilidad telefónica para contacto con el centro	≥ 85%	80%	81,30%	78,50%	82,7	87,10	81,9	92	91,1
Accesibilidad a Consulta MF	≤ 2 días	2,84	2,90	2,6	3,44	3,77	2,49	1,75	1,68
Accesibilidad a Consulta ENF	≤ 2 días	1,18	1,12	0,94	1,53	2,21	0,64	0,52	0,5
Accesibilidad a Consulta Ped	≤ 2 días	1,69	0,90	0,69	1,33	2,43	0,78	0,58	0,62

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
CITA WEB	2.420.662	1.724.055	3.708.779	2.565.048	2.372.139	1.309.314
IVR	83.422	55.254	324.768	47.362	11.059	-
% Citas Web	14,46%	9,40%	15,07%	13,00%	13,04%	13,81%
Citas Total	16.818.289	18.414.581	24.574.900	19.742.234	18.195.456	9.479.386

Como alternativa a la petición de cita vía teléfono o presencial en el centro, ya desde hace años se viene trabajando con la cita web o el sistema automatizado IVR. Con estos sistemas se dan entorno al 13% de las citas en Atención Primaria.

Accesibilidad a consulta

La accesibilidad en atención primaria se monitoriza tal y como se ha mencionado en la introducción de este documento desde el verano de 2023, con una evaluación positiva salvo en períodos vacacionales.

Atención Primaria	Objetivo	Agosto 2023	2024				
			08-jul	15-jul	22-jul	29-jul	05-agosto
Accesibilidad a Consulta MF	≤ 2 días	2,84	2,34	2,31	2,97	2,93	2,39
Accesibilidad a Consulta ENF	≤ 2 días	1,18	0,56	0,66	0,95	0,95	0,73
Accesibilidad a Consulta PED	≤ 2 días	1,69	0,76	0,76	1,03	1,04	0,93
Accesibilidad a cita Área Administrativa	< 1 día	0,32	0,21	0,27	0,26	0,23	0,25

Ver demora por centros en anexo II

3.2 Accesibilidad área de atención hospitalaria

Demoras y Listas de espera

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
Demora IQ	47,9	68,2	70,8	73,0	62,3	60,1
Demora CCEE	34,6	32,7	39,3	68,9	82,2	68,4
Demora PRUEBAS	45,0	33,2	38,2	49,8	46,8	41,7
LE Nº PAC IQ	17.512	16.827	22.264	23.647	22.008	23.443
LE Nº PAC CCEE	95.725	59.302	89.464	130.046	132.850	120.127
LE Nº PAC PRUEBAS	27.746	33.875	48.477	59.016	63.022	58.707

Una vez controlada la pandemia, Osakidetza emprende desde ese momento, una serie de medidas encaminadas a la recuperación de la actividad normalizada.

De manera prioritaria y global, se ve como necesario acometer el exceso de pacientes en espera tanto en **Lista de Espera Quirúrgica** (en adelante LEQ) como el **Lista de Espera para consultas externas o ambulatorias y pruebas** (en adelante LE CEE y LE PPCC).

Las tres listas han ido creciendo a lo largo de estos casi tres años de pandemia. Osakidetza elaboró un plan de abordaje de las mismas en fases, poniendo el primer foco de este plan de recuperación en la LEQ, y en concreto centrando la atención en:

- Pacientes en espera de más 30 días para cirugía oncológica.
- Pacientes en espera de más 90 días para cirugía cardiaca.
- Pacientes en espera de más de 180 días para el resto de cirugías.

Se comienza a trabajar en el último semestre de 2022, por un lado, en promover cambios en la organización asistencial orientados a mejorar y adecuar la indicación (entrada en la LE) y por otro en aumentar la efectividad o productividad (salida de la LE).

Esto ha permitido analizar en profundidad y analizar los recursos disponibles para valorar y dimensionar la cartera de servicios de cada OSI y **orientar los recursos a la homogenización de la accesibilidad a la cirugía, a CCEE y a PPCC** en todas las Organizaciones de Servicios de Osakidetza.

En marzo de 2023 se pone en marcha un Grupo corporativo para la optimización quirúrgica, y una vez encaminada la recuperación de la actividad quirúrgica, en el último trimestre de 2023 se ha comenzado con el abordaje de la **optimización de Consultas Externas y Pruebas Complementarias**.

4. Recursos físicos y recursos tecnológicos

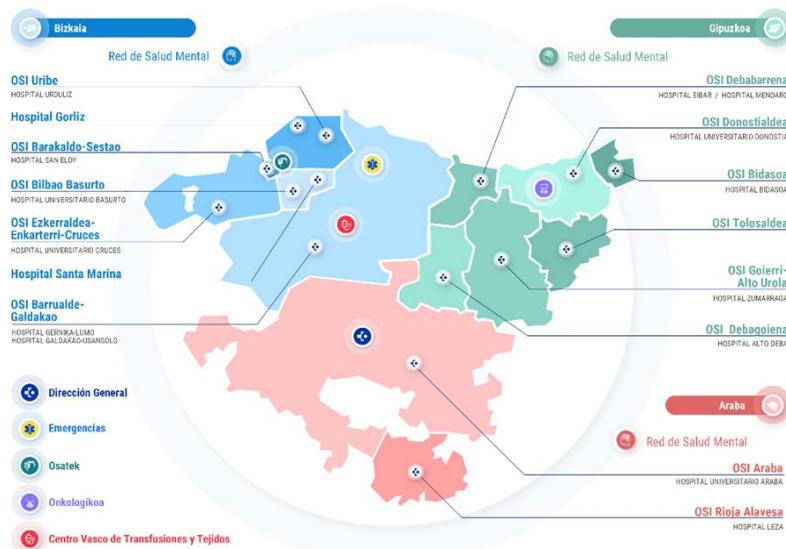
3.1 Accesibilidad a atención primaria

● Accesibilidad telefónica

Osakidetza está formada por 13 Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), 3 redes de Salud Mental (una por cada territorio), Emergencias, Osatek, Onkologikoa, Centro Vasco de Trasfusiones y Tejidos (CVTTH), y todo ello coordinado desde la Dirección General.

La estructura de centros quedaría distribuida de la siguiente manera:

- **Hospitales** → 11 de agudos, 3 de media y larga estancia y 4 de la red de salud mental.
- **Hospitales de día** → 20 hospitales adscritos a la red de salud mental, 13 en los hospitales de agudos y 1 en el Onkologiko de Doností.
- **Ambulatorios** → 27
- **UAP(centros de salud)** → 136 + 3 centros penitenciarios
- **Consultorios (pertenecientes a distintas UAP)** → 180
- **Centros de salud mental** → 42
- **Otros centros** → 24 centros adscritos a la red de salud mental





Inversiones y gastos

Durante 2023 las inversiones se han incrementado considerablemente en obras nuevas (+33,8%), instalaciones(+54,6%) y sistemas de información(+132,2%)

En el área tecnológica, tras la fuerte inversión realizada en 2022, muy superior a años previos, este año ha descendido ligeramente (5 %).

El total de inversiones alcanza los 145 millones de €.

Durante 2023, de nuevo, se ha incrementado el gasto en personal y farmacia en torno al 5 %.

El resto de gastos de funcionamiento ha bajado discretamente (2 %).

INVERSIONES (millones de €)	2022	2023	2022-23
Inversiones en obras nuevas	40,43	54,1	33,81%
Inversiones en renovación	13,25	20,49	54,64%
Inversiones en sistemas de información	4,31	10,01	132,25%
Inversiones en tecnología sanitaria	95,04	60,39	-36,46%

EVOLUCIÓN DEL GASTO (millones de €)	2022	2023	2022-23
Gastos de personal	2.411	2.541	5,39%
Gastos de farmacia	343	360	4,96%
Resto de gastos de funcionamiento	847	830	-2,01%

4.1 Cartera de servicios hospitalaria

Según el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, los centros hospitalarios se definen como centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria.

Dentro de los centros hospitalarios se distinguen:

Hospitales generales: hospitales destinados a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o

estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada.

Hospitales especializados: hospitales dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes.

Hospitales de media y larga estancia: hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.

Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías: hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías.

Además, el Ministerio de Sanidad clasifica los hospitales en grupos según el número de camas:

- Grupo 1: Menos de 200 camas
- Grupo 2: 200-500 camas
- Grupo 3: 501-1000 camas
- Grupo 4: más de 1000 camas

En los últimos años el desarrollo de la tecnología, la rapidez en el avance científico, la irrupción de nuevas formas de atender a los pacientes como la medicina personalizada, medicina de precisión, así como la situación de falta de relevo generacional en determinadas especialidades hace que sea necesario una nueva forma de gestión de nuestra Cartera de Servicios

En Osakidetza entendemos que nuestros Hospitales Generales, además de tener en cuenta la clasificación del ministerio, pueden clasificarse en 4 niveles teniendo en cuenta diferentes variables como son la oferta de servicios, dotación, actividad, complejidad e intensidad docente:

Nivel 1: Hospitales generales comarcales, con menos de 200 camas de media, con mínima dotación de alta tecnología, con algo de peso docente y baja/moderada complejidad atendida

Nivel 2: Hospitales generales de tamaño medio en torno a 500 camas. Actividad docente MIR. Complejidad media

Informe Situación Osakidetza

Nivel 3: Hospitales generales grandes, heterogéneos en dotación, tamaño y actividad. Gran intensidad docente. Moderada /Elevada complejidad

Nivel 4: Hospitales generales de gran peso estructural y mucha actividad. Oferta completa de servicios. Alrededor de 1000 camas. Referentes de procesos de Alta complejidad y Baja prevalencia. Habitualmente llamados hospitales terciarios

Teniendo en cuenta las clasificaciones del ministerio y el nivel que nosotros consideramos para nuestros hospitales, en Euskadi el mapa actual de hospitales quedaría de la siguiente manera:

Araba:

Hospital	Tipo	Camas	Nivel
<i>H. Universitario Araba</i>	General	806	3
<i>H. Psiquiátrico de Araba</i>	Salud mental y tratamiento de toxicomanías	175	
<i>H. de Lez</i>	Media y Larga estancia	63	

Bizkaia

Hospital	Tipo	Camas	Nivel
<i>H. Universitario Cruces</i>	General	961	4
<i>H. Universitario Basurto</i>	General	697	3
<i>H. San Eloy</i>	General	126	1
<i>H.Urduliz</i>	General	128	1
<i>H. Galdakao-Usansolo</i>	General	481	2
* <i>H.Gorliz</i>	Media y Larga Estancia	149	
<i>H. Santa Marina</i>	Media y Larga Estancia	234	
<i>H.Zaldibar</i>	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	120	
<i>H. de Bermeo</i>	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	188	
<i>H. de Zamudio</i>	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	142	

*Si bien el H. Gorliz está catalogado como Hospital de Media y Larga Estancia, una parte muy importante de su actividad está dedicada a la Rehabilitación por lo que podríamos considerarlo también como Especializado

Gipuzkoa

<i>Hospital</i>	<i>Tipo</i>	<i>Camas</i>	<i>Nivel</i>
<i>H. Universitario Donostia**</i>	General	1034	4
<i>H. Bidasoa</i>	General	96	1
<i>H. Mendaro</i>	General	111	1
<i>H. Alto Deba</i>	General	95	1
<i>H. de Zumárraga</i>	General	118	1
<i>H.Eibar</i>	Media y Larga Estancia	40	

** En el H. U. Donostia existe una planta dedicada a Media y Larga Estancia en exclusiva

En resumen, según esta clasificación en Euskadi contamos con:

10 Hospitales Generales:

- 6 de grupo 2 (100-200 camas) que se corresponden con Hospitales nivel 1
- 3 de grupo 3 (501-1000 camas), 2 de ellos se corresponden con Hospitales de nivel 3 y otro con Hospital de nivel 4 debido a la complejidad de los procesos que atiende
- 1 de grupo 4 (más de 1000 camas) que se corresponde con Hospital de nivel 4

3 Hospitales de Media y Larga Estancia

- 1 de grupo 1 (menos de 100)
- 2 de grupo 2 (100-200 camas)

4 Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de toxicomanías

- 4 de grupo 2 (100-200 camas)

En el anexo III se expone la revisión de la cartera de servicios de Osakidetza realizada en 2022.

4.2 Otra dotación estructural

Unidades de cuidados intensivos

- ARABA: SEDE TXAGORRITXU 31 camas
- BIZKAIA
 - E-E-CRUCES:
 - . UCI/CORONARIA: 27 camas
 - . REANIMACIÓN :27 camas
 - . GRANDES QUEMADOS 5 camas
 - BILBAO-BASURTO:
 - . REANIMACIÓN CARDIACA :7 camas
 - . REA :12 camas
 - . U. CORONARIA: 8 camas
 - GALDAKANO:
 - . UCI: 12 camas
 - . REANIMACIÓN :5 camas
 - URIBE:
 - . REANIMACIÓN 5 camas
- GIPUZKOA: DONOSTI: camas
 - . UCI:40 camas
 - . REANIMACIÓN :10 camas

Dotación de Quirófanos

	<i>Nº quirófanos</i>
H.SAN ELOY	6
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA	27
SANTIAGO APOSTOL VITORIA	8
TXAGORRITXU H.	19
H.MONDRAGON	6
H. MENDARO	5
H. U.GALDAKAO	17
H. BIDASOA	4
H. ZUMARRAGA	7
H.URIBE-ALFREDO ESPINOSA	10
H.U.BASURTO	21
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTI	35+ 3 en onkologikoa
H.U. CRUCES	35



Centros CSUR

1. Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea. Hospital Universitario Cruces
2. Trasplante renal pediátrico CSUR designados Comunidad autónoma. Hospital U. Cruces
3. Epilepsia refractaria CSUR designados Comunidad autónoma Hospital U. Cruces. Niños y adultos
4. Cirugía de los trastornos del movimiento CSUR designados. Hospital U. Cruces. Niños y adultos.
5. Esclerosis múltiple CSUR designados Comunidad autónoma Hospital. U. Basurto. Niños y adultos.
6. Enfermedades metabólicas congénitas. Hospital U. Cruces Niños y adultos.
7. Enfermedades neuromusculares raras. Hospital U. de Donostia Adultos.
8. Cirugía reconstructiva uretral compleja del adulto. H. U. Cruces Adultos.
9. Patología compleja hipotálamo-hipofisaria (niños y adultos) Hospital U. Cruces Adultos.
10. Enfermedades autoinmunes sistémicas Hospital U. Cruces. Adultos.
11. Distrofias hereditarias de retina CSUR designados Hospital U. Donostia. Niños y adultos

4.3 Centros de atención primaria

Ver anexo IV: Relación de UAP, centros de salud , PAC y puntos de refuerzo actualizados

4.4 Dotación tecnológica



Tecnología avanzada hospitalaria

Tecnología	Número
Mamografía	17
Aceleradores Lineales	10
TAC	32
TC Planificación	4
RMN	25
PET TAC	3
Ganmacámara	6
Braquiterapia	2
Angio-vascular	7
Angio-neurovascular	5
Hemodinámica	6

Maletines Digitales (en Atención Primaria)

En 2024 se han implementado 175 maletines en 2024, con compromiso presupuestario de 80 más cada año.

¿Qué es? El Maletik es un maletín con el que tu enfermera/o o tu médico/a puede hacerte pruebas desde tu casa, sin que tengas que ir al centro de salud. Los resultados se ven enseguida, y también quedan guardados en tu historia médica, para que cualquier doctor/a o enfermero/a de Osakidetza pueda verlos si lo necesitas.

¿Es seguro? Todas las pruebas que se te hagan se envían directamente a tu historial y no se comparten con nadie. Una vez apagada la Tablet, no queda ningún dato ya que se elimina directamente.

¿Qué contiene? ¿Para Qué?

1. **Otoscopio:** Es herramienta como una pequeña linterna con un tubo especial al final que ayuda a ver mejor el interior del oído. Esto le permite a tu equipo de salud revisar si hay infecciones, cera acumulada o algún otro problema que pueda afectar la escucha o causar dolor.
2. **Dermatoscopio:** Funciona como una lupa con luz que permite ver las capas superficiales de la piel con mayor claridad. Esto es muy útil para detectar diferencias en lunares, manchas o cualquier otra característica de la piel que podría necesitar atención médica.
3. **Electrocardiograma:** es una prueba que se hace para revisar cómo está funcionando el corazón. Utiliza unas pequeñas pegatinas llamadas electrodos que se colocan en diferentes partes del pecho, los brazos y las piernas.
4. **Espirómetro:** es un aparato que se utiliza para medir cuánto aire puedes inhalar y exhalar, y qué tan rápido puedes exhalarlo. Esto ayuda a medir el funcionamiento de tus pulmones. Durante la prueba, te pedirán que respires a través de un tubo conectado al espirómetro.
5. **Tensiómetro:** es un aparato que sirve para medir la presión arterial.
6. **Pulsioxímetro:** se usa para medir la cantidad de oxígeno en la sangre, para asegurar que tus órganos estén recibiendo suficiente oxígeno para funcionar correctamente. Generalmente, se coloca en la punta del dedo, aunque también puede colocarse en un lóbulo de la oreja o en un dedo del pie y usa luz para detectar la saturación de oxígeno. Además, puede medir la frecuencia cardíaca.
7. **Fonendoscopio:** es un instrumento que sirve para escuchar los sonidos del cuerpo, como el latido del corazón o la respiración.

8. Termómetro: aparato que sirve para medir la temperatura del cuerpo.
9. Cámara clínica: Es una cámara que saca fotos de diferentes partes del cuerpo y sirve para que enfermería y profesionales de medicina puedan ver si una herida va mejorando.

Avance en digitalización asistencial

A continuación se expone en cifras algunos avances relacionados con la digitalización de Osakidetza.

DATOS ANUALES	2019	2020	2021	2022	2023	1S 2024
Digitalización TAC			252.033	270.071	282.284	
Digitalización ECO			341.034	371.374	449.114	
Digitalización MAMOGRAFÍAS			158.606	165.027	173.390	
Digitalización RNM			167.477	165.556	171.144	
CARPETA DE SALUD (Nº Accesos)	873.871	1.310.857	2.805.959	3.684.820	5.115.220	3.722.089
CARPETA DE SALUD (Nº Usuarios)	76.977	97.485	237.801	320.434	403.655	394.621
TELEMONITORIZACION						
total	11.688	12.335	13.436	17.583	18.582	
Tele-EPOC	294	289	274	236	245	266
Tele-IC	64	57	44	37	33	36
Tele-PPP	311	597	755	784	290	248
Tele-IC 72 h	760	572	573	559	632	305
Tele-TAO	531	602	667	616	803	
Tele-TAO Residencias		104	128	177	194	
DAI + MCP + HOLTER	9.728	10.114	10.995	15.174	16.385	
DAI			1.734	2.503	2.355	
MCP			8.812	11.963	13.173	
HOLTER			449	708	857	
APP Portal Móvil	108.106	112.879	273.629	295.169	324.747	
APP Mi Tratamiento	22.193	24.590	63.000	77.660	95.892	
APP Ayuda a la parada cardiaca	9.936	8.602	16.197	17.238	20.181	

La digitalización de imágenes médicas ha aumentado de forma general respecto al año anterior en un 10,48 %. Durante 2023 se han digitalizado un total de 1.073.932 imágenes radiológicas, correspondiendo casi la mitad de ellas a las ecografías. Todo ello dota a Osakidetza de un ingente repositorio digital de imágenes y pruebas.

La carpeta de salud, que permite a la ciudadanía acceder a información sobre aspectos relativos a su salud, continúa creciendo de forma constante desde que se puso en marcha en 2013.

Durante la pandemia se duplicaron tanto el número total de accesos como el de personas distintas, pero en los años siguientes se ha mantenido esta tónica llegando a más de 5 millones de accesos por parte de más de 400.000 personas distintas. Desde que en 2021 se puso en marcha la nueva Carpeta de Salud, con una nueva imagen, se han seguido incorporando nuevas funcionalidades. En 2023 se ha personalizado la Carpeta de Salud mostrando información de interés a aquellas personas que son pluripatológicas. Se quiere seguir en esta línea para presentar información personalizada en función de las patologías de cada persona u otras recomendaciones en función del sexo o la edad.

Osakidetza sigue apostando por la tele-monitorización para el seguimiento de pacientes crónicos que cumplan los requisitos de inclusión establecidos en cada uno de los programas activos en estos momentos. Dentro de estos programas, algunos como Tele-EPOC y Tele-IC realizan el seguimiento mediante dispositivos electrónicos en el domicilio del paciente. Otros programas como Tele-PPP y Tele-IC 72 h, se basan en cuestionarios de seguimientos que se realizan con una periodicidad establecida por cada programa. El programa Tele PPP está en revisión, de ahí el descenso tan considerable de pacientes. En el ámbito cardiológico también se utilizan dispositivos como los desfibriladores implantados, marcapasos y Holter. En 2023 han aumentado el número de personas con alguno de estos dispositivos, superándose los 16.000.

En total, son más de 18.500 las personas con alguna patología crónica que está en seguimiento remoto mediante alguna de estas opciones.

Las aplicaciones de servicio para la ciudadanía desarrolladas por Osakidetza siguen aumentando notablemente en cuanto al número de personas usuarias.

Todas ellas han experimentado un crecimiento respecto al año anterior, siendo la aplicación sobre “Mi tratamiento” la que más aumentado.

El portal móvil de Osakidetza ha alcanzado casi las 325.000 personas que utilizan este contenedor de App.

Existen otras App disponibles para la ciudadanía como son “El viaje de Mangols”, un programa de tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad infantil, en el que

participaron más de 300 familias durante 2023. Y otras como “Cita Web”, “Donantes de sangre”, “Vive sin tabaco”, que siguen aumentando las personas usuarias.

Por otra parte, también hay App para profesionales como la de “Listas de contratación”, “urgencias pediátricas” o “Enfermedades autoinmunes”.

Osakidetza sigue trabajando para ofrecer otras App de utilidad tanto para la ciudadanía como para profesionales.

5. Recursos humanos

Evolutivo de plazas de plantilla estructural años 2018 – 2024

La plantilla estructural de Osakidetza está constituida por **31.105 personas en 2023**, y a **31 de julio de 2024 de 32.536**. Desde 2019, se ha incrementado un **18%**.

GRUPO PROFESIONAL	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Dif. Total Periodo
A.1. Facultativos Médicos y Técnicos	6.584	6.932	6.943	6.944	7.416	7.810	8.099	1.515
A.2. Técnicos Superiores	457	476	482	489	505	564	651	194
B.1. Diplomados Sanitarios	8.432	8.682	8.751	8.762	9.845	9.875	10.157	1.725
B.2. Técnicos Medios	219	216	217	213	219	213	225	6
C.1. Técnicos Especialistas Sanitarios	1.056	1.117	1.129	1.140	1.240	1.350	1.402	346
C.2. Técnicos Especialistas de Administración	522	518	521	525	532	533	584	62
C.3. Técnicos Especialistas Profesionales	226	238	239	236	248	266	285	59
D.1. Técnicos Auxiliares Sanitarios	4.035	4.120	4.103	4.101	4.453	4.485	4.679	644
D.2. Técnicos Auxiliares de Administración	2.249	2.395	2.426	2.431	2.674	2.743	3.042	793
D.3. Técnicos Auxiliares Profesionales	411	418	416	416	428	462	485	74
E.1. Operarios	2.306	2.384	2.379	2.349	2.513	2.710	2.833	527
TOTAL	26.497	27.496	27.606	27.606	30.073	31.011	32.442	5.945
PD Cargos Directivos	94	94	94	94	94	94	94	0
TOTAL	26.591	27.590	27.700	27.700	30.167	31.105	32.536	5.945

Las mujeres representan en Osakidetza el **76,2 %** de la plantilla y es mayoritaria en los diferentes puestos laborales, salvo en cargos directivos (45,74 %).

El número de cargos directivos se mantiene estable (94 personas), los hombres los que desempeñan estos cargos suponen el **54,36 %**.

Crece el número de facultativos un **5,3 %** y el de otros profesionales sanitarios un **4,01 %**.

En cuanto a las nuevas incorporaciones, la presencia de mujeres sigue siendo mayoritaria, sobre todo en residentes de enfermería con un **95,2**

EVOLUCIÓN DE LA PLANTILLA ESTRUCTURAL	2022	2023	2022-23
Cargos Directivos	94	94	0,00%
Profesionales de Medicina y otras licenciaturas	7.416	7.810	5,31%
Profesionales de Enfermería y otras diplomaturas	9.845	9.875	0,30%
Otros grupos profesionales	12.812	13.326	4,01%



Formación de residentes y formación continuada

En cuanto a la formación de residentes, el número de plazas acreditadas se ha incrementado un 1,7 %, siendo para 2022-23 un total de 528 plazas.

Durante 2023 el total de residentes en formación MIR ha sido de 1.591 y de 201 EIR.

FORMACIÓN RESIDENTES	2022	2023	2022-23
Formación residentes MIR	1.555	1.591	2,32%
Formación residentes EIR	204	201	-1,47%
Porcentaje de mujeres MIR	70,0%	71,1%	-
Porcentaje de mujeres EIR	92,4 %	95,2%	-
Oferta anual de plazas MIR	419	425	1,43%
Oferta anual de plazas EIR	100	103	3,00%
Plazas acreditadas	519	528	1,73%

En relación con la formación continuada, el número de personas inscritas en los cursos de formación continuada que oferta Osakidetza, ha aumentado en el ámbito clínico asistencial durante 2023 en casi un 9 %.

En el resto de ámbitos el aumento ha sido significativo superándose las 36.000 inscripciones (casi un 80 % más).

El 85,6 % de las personas inscritas a los cursos de formación son mujeres, por lo que teniendo en cuenta el porcentaje de género de la plantilla, se puede decir que las mujeres participan más que los hombres en los cursos de formación.

5.1 Plantilla activa a final 2023

En la siguiente tabla se expone el nº de profesionales activos en Osakidetza 31 de diciembre de 2023.

Tanto por grupo profesional como por tipo de relación contractual.

Informe Situación Osakidetza

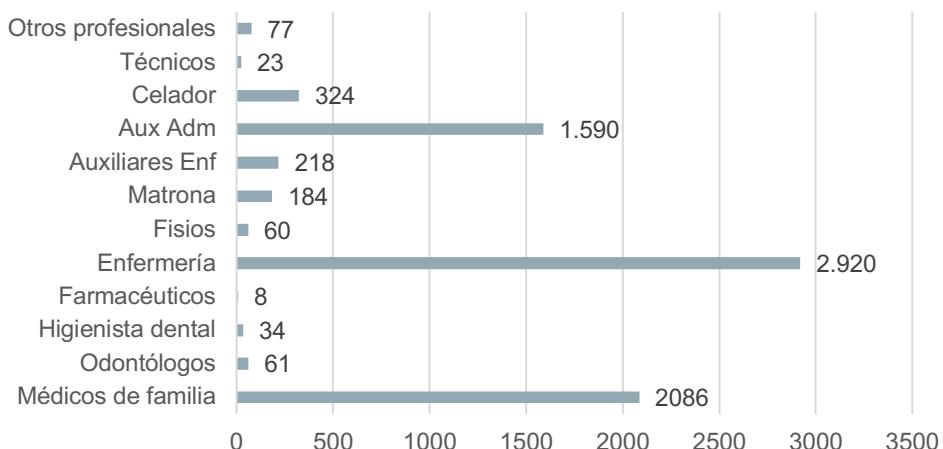
		Activos a fecha 31/12		
		Total	Hombres	Mujeres
POR GRUPO PROFESIONAL	PD - Directivos	90	31	59
	A1 - Licenciados Sanitarios	8.224	2.571	5.653
	A1 - Profesores Vinculados EHU/UPV	28	21	7
	B1 - Diplomados Sanitarios	14.746	1.766	12.980
	C1 / D1 - Técnicos y Auxiliares Sanitarios	9.803	901	8.902
	A2 / B2 - Tcos. Lic./Dipl. Admón. y Gestión	768	257	511
	C2/C3/D2/D3 - Tcos. y Aux. Admon. Y Prof.	5.914	1.439	4.475
	E1 - Celadores y Operarios de servicios	4.573	1.864	2.709
	Total	44.146	8.850	35.296
POR RELACIÓN DE EMPLEO	Directivos	90	31	59
	Fijos	15.800	3.203	12.597
	Profesores Vinculados EHU/UPV	28	21	7
	Interinos Estructurales	13.565	2.584	10.981
	Sustitutos Estructurales	6.579	1.335	5.244
	Interinos Acumulación Tareas	4.983	1.091	3.892
	Interinos Programa / Proyecto	99	39	60
	Sustitutos No estructurales	610	88	522
	Eventuales anteriores modif. EM (*) a extinguir	2.392	458	1.934
	Total	44.146	8.850	35.296
RESIDENTES FORMACIÓN	A1 - MIR	1.593	460	1.133
	B1 - EIR	187	9	178

5.2 Distribución de rrhh por nivel asistencial

A continuación, se presentan algunos gráficos con la distribución de los diferentes perfiles profesionales en el ámbito de atención primaria y en el ámbito hospitalario.

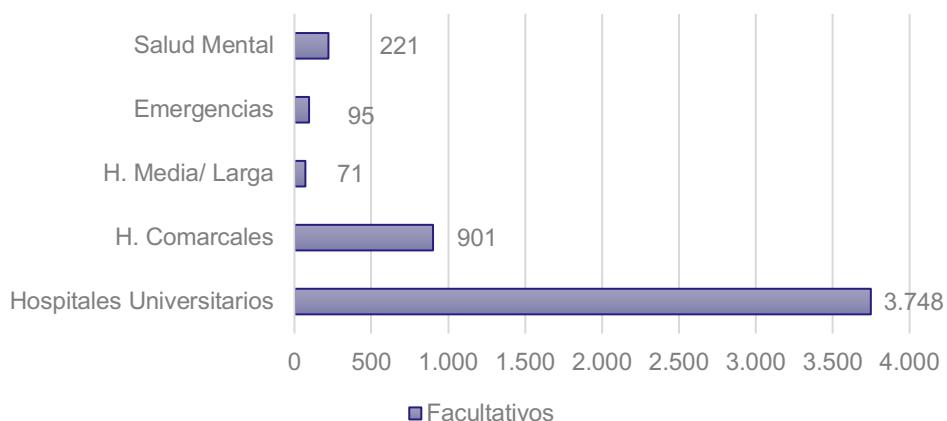
En el caso de Atención primaria las categorías más numerosas son Enfermería, Medicina de familia y Auxiliares administrativos. Ejes principales del proceso asistencial en el centro de salud

Profesionales en Atención Primaria

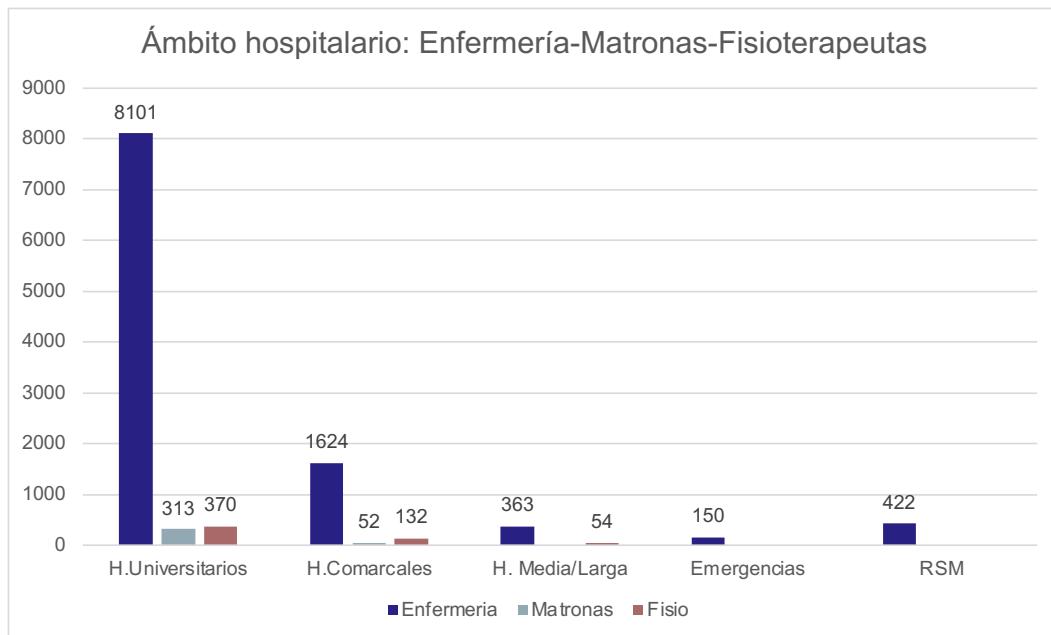


En el siguiente gráfico, se presentan la distribución de facultativos en hospitales Universitarios, comarcales, Hospitales de Media y larga estancia, Emergencias y Salud Mental.

Facultativos ámbito hospitalario y salud mental



Se presenta también la distribución de los diferentes recursos de enfermería, matronas y fisioterapeutas.



5.3 Euskera

Desde la entrada en vigor del Decreto 67/2003, de normalización del uso del euskera en Osakidetza, la entidad está impulsando y extendiendo, de manera planificada y progresiva, la presencia y el uso del euskera en un número cada vez mayor de servicios y áreas profesionales.

Por ello, transcurridos los dos primeros períodos de planificación lingüística, el euskera es una realidad cada vez más presente y notable en todos los ámbitos de Osakidetza.

El número de profesionales con perfil acreditado sigue aumentando y son ya casi 17.000 profesionales (un 11,88 % más que en 2022).

En la misma línea se encuentran las plazas con fecha de preceptividad, que se han incrementado un 10,27 %.

Por otra parte, el total de personas pacientes que optan por el euskera como lengua de comunicación son 350.000, un 6 % más que el año anterior.

Plan lingüístico del uso del Euskera	2022	2023	2022-23
Empleados con perfil acreditado	15.149	16.948	11,88%
Plazas con fecha de preceptividad	16.456	18.146	10,27%
Empleados con perfil acreditado en plazas con preceptividad	11.866	13.336	12,39%
% empleados con perfil acreditado	46,0%	54,6%	-
% plazas con fecha de preceptividad	56,0%	58,4%	-
% empleados con perfil acreditado en plazas con fecha de preceptividad	66,0%	73,5%	-
Más bien satisfecho con el uso del Euskera en la actividad asistencial	77,2%	70,0%	-
Pacientes que optan por el Euskera	330.124	350.000	6,02%

En la siguiente tabla se presenta el porcentaje de facultativos con perfil acreditado por organización de servicios de osakidetza. El % global es del 49%. El mayor porcentaje de facultativos con perfil acreditado está en la OSI Tolosaldea donde se alcanza el 70%. El menor está en la OSI Rioja Alavesa.

ESIa, ospitalea eta LMA zentroa OSI, hospital y centro de atención primaria	Profesionalak Profesionales	Derrigortasun Datak Fechas de Preceptividad	Derrigortasun Datarik ez Sin Fecha de preceptividad	Hizkuntza Eskakizuna egiaztaututa Perfil Lingüístico acreditado	Hizkuntza Eskakizuna egiaztautu gabe Perfil Lingüístico no acreditado	% de facultativos con perfil lingüístico acreditado
ARABAKO ERRIOKAOKO ESIA	25	15	10	6	19	24%
ARABAKO ESIA	1079	462	617	420	659	39%
ARABAKO OSASUN MENTALEKO SAREA	65	43	22	26	39	40%
BARAKALDO-SESTAOKO ESIA	265	131	134	128	137	48%
BARRUALDE-GALDAKAOKO ESIA	888	612	276	508	380	57%
BIDASOKO ESIA	215	136	79	106	109	49%
BILBO-BASURTO ESIA	1151	543	608	531	620	46%
BIZKAIAKO OSASUN MENTALEKO SAREA	233	133	100	121	112	52%
DEBALARRENEKO ESIA	235	174	61	143	92	61%
DEBAGOIENEKO ESIA	175	123	52	102	73	58%
DONOSTIALDEKO ESIA	1307	710	597	727	580	56%
EMERGENTZIAK	100	74	26	60	40	60%
EZKERRALDEA-ENKARTERRI-GURUTZETA ESIA	1236	448	788	522	714	42%
GIPUZKOAKO OSASUN MENTALEKO SAREA	93	78	15	54	39	58%
GOIERRI-UROLA GAR.ER.SAN. / OSI GOIER-AU	262	186	76	147	115	56%
GORLIZKO OSPITALEA	33	14	19	12	21	36%
SANTA MARINA OSPITALEA	62	28	34	21	41	34%
TOLOSALDEKO ESIA	67	64	3	53	14	79%
TRANSFUSIO ETA GIZA EHUNEN EUSKAL ZENTR	31	9	22	13	18	42%
URIBEKO ESIA	435	242	193	243	192	56%
ZUZENDARITZA NAGUSIA	98	41	57	40	58	41%
Total general	8055	4266	3789	3983	4072	49%

ANEXOS

ANEXO 1: AGENDAS ADMINISTRATIVAS EN AP

En los centros de salud de Atención Primaria se ha priorizado como modelo de atención corporativo el modelo de Gestión de la Demanda, que pretende atender a las demandas de la población, en base a sus necesidades de salud, identificando y orientando dichas demandas hacia el perfil profesional más adecuado. Además de ofrecer una respuesta más eficiente, garantiza la optimización de recursos de los centros de salud, basándose en el trabajo en equipo que se realiza por parte del personal de Atención Primaria.

De acuerdo a dicho modelo, funciona la oferta de cita web, desde la cual la ciudadanía solicita atención dependiendo del motivo de consulta que origina su demanda, como ya se venía haciendo en la atención telefónica o presencial en los centros de salud.

Una de las novedades tras la adaptación de la cita web al modelo de gestión de la demanda, fue la creación de agendas propias para el Área Administrativa, donde recaen los trámites clínico-administrativos que la ciudadanía solicita a través de la web, y se gestionan desde esta área (directamente o derivándolos al profesional que pueda dar mejor respuesta).

Evolución de la actividad de las agendas del Área Administrativa, de los últimos tres meses (mayo, junio y julio):

MAYO	Tipo de cita			Actividad Total
	PRESENCIAL	ADMINISTRATIVA	TELEFONO	
OSI ARABA	208	569	1.473	2.250
OSI BARAKALDO-SESTAO	962	2	686	1.650
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	811	106	1.664	2.581
OSI BIDASOA	14		259	273
OSI BILBAO-BASURTO	2.626	318	1.945	4.889
OSI DEBABARRENA	146		282	428
OSI DEBAGOIENA	3		182	185
OSI DONOSTIALDEA	6.362	4.740	1.799	12.901
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	752	115	771	1.638
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	4	108	193	305
OSI RIOJA ALAVESA	31	154	134	319
OSI TOLOSALDEA	176	182	180	538
OSI URIBE	707	1.622	1.600	3.929
Total general Osakidetza	12.802	7.916	11.168	31.886

JUNIO	Tipo de cita			Actividad Total
	PRESENCIAL	ADMINISTRATIVA	TELEFONO	
OSI ARABA	165	413	1.326	1.904
OSI BARAKALDO-SESTAO	801	2	675	1.478
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	769	85	1.365	2.219
OSI BIDASOA	24		212	236
OSI BILBAO-BASURTO	2.145	256	1.851	4.252
OSI DEBABARRENA	80		267	347
OSI DEBAGOIENA	3		155	158
OSI DONOSTIALDEA	5.233	4.137	1.574	10.944
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	494	60	719	1.273
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	15	64	166	245
OSI RIOJA ALAVESA	27	114	117	258
OSI TOLOSALDEA	130	180	188	498
OSI URIBE	463	1.157	1.226	2.846
Total general Osakidetza	10.349	6.468	9.841	26.658

JULIO	Tipo de cita			Actividad Total
	PRESENCIAL	ADMINISTRATIVA	TELEFONO	
OSI ARABA	136	389	1.296	1.821
OSI BARAKALDO-SESTAO	693		679	1.372
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	734	85	1.274	2.093
OSI BIDASOA	14	7	229	250
OSI BILBAO-BASURTO	1.774	240	1.557	3.571
OSI DEBABARRENA	33		237	270
OSI DEBAGOIENA	4		176	180
OSI DONOSTIALDEA	5.433	4.587	1.539	11.559
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	441	51	636	1.128
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	19	58	188	265
OSI RIOJA ALAVESA	35	139	113	287
OSI TOLOSALDEA	132	202	170	504
OSI URIBE	360	946	1.311	2.617
Total general Osakidetza	9.808	6.704	9.405	25.917

ANEXO II: INFORME SOBRE ACCESIBILIDAD

Accesibilidad telefónica

Para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la Atención Primaria (AP) presenta distintos servicios de atención telefónica (Centros de salud, Call Center y CAU ciudadanía).

El objetivo corporativo fijado para la accesibilidad telefónica es del 85% de respuesta a las llamadas recibidas en casa OSI, realizándose seguimiento semanal desde la Dirección General.

Accesibilidad telefónica de la última semana (del 5 al 11 de agosto):

OSI	CALL CENTER VACUNACIÓN			CENTROS SANITARIOS AP		CAU CIUDADANIA	
	CÓDIGO COLA VACUNA COVID 19	Nº LLAMADAS RECIBIDAS	ACCESIBILIDAD	Nº LLAMADAS RECIBIDAS	ACCESIBILIDAD	Nº LLAMADAS RECIBIDAS	ACCESIBILIDAD
ARABA	sin locución			17.019	86%		
ARABAKO ERRIOXA	sin locución			1.002	94%		
BARAKALDO-SESTAO	sin locución			12.860	78%		
BARRUALDE-GALDAKAO	sin locución			23.785	88%		
BIDASOA	sin locución			5.523	91%		
BILBAO-BASURTO	sin locución			26.534	95%		
DEBABARRENA	sin locución			4.097	95%		
DEBAGOIENA	sin locución			2.847	85%		
DONOSTIALDEA	sin locución			29.609	91%		
EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	sin locución			11.068	88%		
GOIERRI	sin locución			6.365	88%		
TOLOSALDEA	sin locución			5.076	95%		
URIbe	sin locución			14.488	91%		
OSAKIDETZA	sin locución			160.273	89%	4.496	80%

NOTA: En rojo las OSI por debajo de objetivo 85%

La evolución presentada mes a mes (enero-julio 2024), relativa a las llamadas recibidas desde los centros de salud de AP y call center de OSI, es la siguiente:

OSI	CENTROS SANITARIOS AP											
	ENERO 2024		FEBRERO 2024		MARZO 2024		ABRIL 2024		MAYO 2024		JUNIO 2024	
	Nº LLAMADAS RECIBIDAS	ACCESIBILIDAD										
ARABA	154.533	74%	135.291	81%	140.727	70%	151.634	66%	151.613	74%	131.304	79%
ARABAKO ERRIOXA	5.063	89%	4.737	87%	4.619	84%	4.653	86%	4.532	91%	4.307	92%
BARAKALDO-SESTAO	63.953	83%	48.505	94%	47.754	87%	56.515	85%	58.913	85%	58.219	79%
BARRUALDE-GALDAKAO	146.473	89%	130.800	92%	126.689	86%	138.675	86%	140.630	89%	128.595	88%
BIDASOA	33.117	84%	27.842	89%	26.193	80%	31.807	75%	30.328	83%	26.389	83%
BILBAO-BASURTO	160.378	96%	150.978	95%	140.972	93%	157.047	92%	162.769	94%	149.416	94%
DEBABARRENA	29.417	95%	26.659	94%	24.396	91%	27.244	91%	28.235	93%	25.645	93%
DEBAGOIENA	21.234	91%	18.808	91%	17.556	89%	19.657	86%	20.079	92%	18.090	88%
DONOSTIALDEA	156.750	91%	133.652	94%	133.430	88%	160.965	83%	157.682	88%	144.040	85%
EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	70.045	84%	60.902	88%	59.844	82%	65.941	80%	63.362	89%	57.603	88%
GOIERRI	43.009	89%	37.060	91%	36.453	86%	41.104	84%	41.314	88%	37.263	88%
TOLOSALDEA	30.912	95%	27.037	94%	26.665	90%	28.766	90%	29.157	94%	25.367	93%
URIbe	81.191	94%	69.921	98%	67.302	94%	78.672	89%	78.813	94%	71.940	92%
OSAKIDETZA	996.075	88%	872.192	91%	852.600	85%	962.680	83%	967.427	88%	878.178	87%

NOTA: En rojo las OSI por debajo de objetivo 85%

En periodos vacacionales como Navidad, Semana Santa y verano, se aprecia habitualmente una disminución del % de accesibilidad, derivada de la mayor confluencia de ausencia de profesionales.

La evolución de accesibilidad telefónica presentada a fecha actual, desde todos los dispositivos de Osakidetza, es la siguiente:

ATENCIÓN TELEFÓNICA		Agosto 2023	Semana 3 - 9 Junio 2024	Semana 10 - 16 Junio 2024	Semana 17 - 23 Junio 2024	Semana 24 - 30 Junio 2024	Semana 1 - 7 Julio 2024	Semana 8 - 14 Julio 2024	Semana 15 - 21 Julio 2024	Semana 22 - 28 Julio 2024	Semana 29 Julio - 4 Agosto 2024	Semana 5 - 11 Agosto 2024	Semana 12 - 18 Agosto 2024
CALL CENTER VACUNACIÓN	Nº Llamadas recibidas	1.733	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones	sin locuciones
	Accesibilidad	74%											
CENTROS SANITARIOS AP	Nº Llamadas recibidas	715.007	226.496	216.925	219.214	213.829	207.843	195.401	198.019	191.241	169.635	160.273	131.254
	Accesibilidad	89%	88%	89%	87%	85%	87%	89%	87%	74%	84%	89%	89%
CAU CIUDADANIA	Nº Llamadas recibidas	34.183	8.126	7.810	8.774	9.442	8.049	8.603	11.814	18.116	7.657	4.496	4.013
	Accesibilidad	85%	83%	84%	83%	82%	86%	89%	79%	73%	72%	80%	82%
TOTAL LLAMADAS		750.923	234.622	224.735	227.988	223.271	215.892	204.004	209.833	209.357	177.292	164.769	135.267

Presencialidad

El objetivo corporativo fijado para la presencialidad es del 70% en cada OSI, fijado para recuperar la atención presencial en los centros de salud de atención primaria, que se había visto afectada por la pandemia Covid.

Se realiza seguimiento semanal desde la Dirección General, mostrando ligeras variaciones en función de las ausencias de profesionales de cada centro y reestructuración de las agendas del resto del equipo para mantener la adecuada atención de la población.

Evolución de la presencialidad:

Atención primaria	Objetivo	Agosto 2023	Semana del 22 al 26 de julio 2024
Presencialidad MF	≥ 70%	49,71%	69,95%
Presencialidad Enf	≥ 70%	66,44%	73,97%
Presencialidad Ped	≥ 70%	65,45%	80,82%

Evolución de la presencialidad, por OSI y estamento, del último mes:

PRESENCIALIDAD (Semana del 22 al 26 de julio)									
	Actos totales MF	Total Actos Presenciales MF	% Presencialidad MF	Actos totales PED	Total Actos Presenciales PED	% Presencialidad PED	Actos totales ENF	Total Actos Presenciales ENF	% Presencialidad ENF
OSI ARABA	16.718	11.612	69,46%	2.534	2.110	83,27%	17.836	13.396	75,11%
OSI BARAKALDO-SESTAO	5.462	3.849	70,47%	1.402	1.164	83,02%	8.244	5.977	72,50%
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	14.232	10.322	72,53%	2.798	2.272	81,20%	14.461	10.302	71,24%
OSI BIDASOA	4.833	3.196	66,13%	865	743	85,90%	4.274	3.259	76,25%
OSI BILBAO-BASURTO	20.431	13.855	67,81%	4.045	3.201	79,13%	21.878	15.227	69,60%
OSI DEBAGARRENA	3.547	2.544	71,72%	979	769	78,55%	3.582	2.551	71,22%
OSI DEBAGOIENA	3.250	2.288	70,40%	728	587	80,63%	3.648	3.102	85,03%
OSI DONOSTIALDEA	16.876	11.950	70,81%	3.594	2.864	79,69%	19.047	14.393	75,57%
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	10.673	7.371	69,06%	2.186	1.763	80,65%	10.614	8.270	77,92%
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	3.952	2.814	71,20%	1.013	838	82,72%	6.692	4.994	74,63%
OSI RIOJA ALAVESA	941	681	72,37%	123	101	82,11%	1.118	846	75,67%
OSI TOLOSALDEA	3.333	2.344	70,33%	494	385	77,94%	4.516	3.302	73,12%
OSI URIBE	10.502	7.444	70,88%	2.241	1.794	80,05%	12.962	9.702	74,85%
Total general	114.750	80.270	69,95%	23.002	18.591	80,82%	128.872	95.321	73,97%

Informe Situación Osakidetza

PRESENCIALIDAD (Semana del 15 al 19 de julio)									
	Actos totales MF	Total Actos Presenciales MF	% Presencialidad MF	Actos totales PED	Total Actos Presenciales PED	% Presencialidad PED	Actos totales ENF	Total Actos Presenciales ENF	% Presencialidad ENF
OSI ARABA	23.339	16.436	70,42%	4.316	3.612	83,69%	26.490	19.992	75,47%
OSI BARAKALDO-SESTAO	6.977	4.953	70,99%	1.490	1.236	82,95%	8.882	6.431	72,40%
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	20.339	14.650	72,03%	3.900	3.211	82,33%	19.955	14.294	71,63%
OSI BIDASOA	6.998	4.577	65,40%	1.075	935	86,98%	5.550	4.222	76,07%
OSI BILBAO-BASURTO	28.187	19.272	68,37%	5.691	4.484	78,79%	29.226	21.061	72,06%
OSI DEBALARRENA	5.920	4.208	71,08%	1.324	1.024	77,34%	5.623	4.037	71,79%
OSI DEBAGOIENA	4.556	3.156	69,27%	1.062	853	80,32%	5.251	4.467	85,07%
OSI DONOSTIALDEA	23.942	16.955	70,82%	5.011	3.979	79,41%	26.853	20.285	75,54%
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	13.311	9.221	69,27%	2.839	2.294	80,80%	13.880	10.797	77,79%
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	5.537	3.943	71,21%	1.587	1.314	82,80%	8.933	6.642	74,35%
OSI RIOJA ALAVESA	1.496	1.086	72,59%	247	207	83,81%	1.409	1.071	76,01%
OSI TOLOSALDEA	5.079	3.563	70,15%	665	517	77,74%	5.829	4.254	72,98%
OSI URIBE	14.749	10.360	70,24%	3.166	2.533	80,01%	18.071	13.545	74,95%
Total general	160.430	112.380	70,05%	32.373	26.199	80,93%	175.952	131.098	74,51%

PRESENCIALIDAD (Semana del 8 al 12 de julio)									
	Actos totales MF	Total Actos Presenciales MF	% Presencialidad MF	Actos totales PED	Total Actos Presenciales PED	% Presencialidad PED	Actos totales ENF	Total Actos Presenciales ENF	% Presencialidad ENF
OSI ARABA	23.923	16.856	70,46%	4.422	3.677	83,15%	27.362	20.709	75,69%
OSI BARAKALDO-SESTAO	9.374	6.632	70,75%	1.726	1.410	81,69%	11.530	8.399	72,84%
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	20.472	14.735	71,98%	4.944	4.045	81,82%	21.649	15.549	71,82%
OSI BIDASOA	6.955	4.528	65,10%	1.187	1.019	85,85%	5.601	4.225	75,43%
OSI BILBAO-BASURTO	30.476	20.779	68,18%	5.885	4.624	78,57%	29.934	21.540	71,96%
OSI DEBALARRENA	5.651	4.035	71,40%	1.507	1.165	77,31%	5.877	4.216	71,74%
OSI DEBAGOIENA	5.130	3.646	71,07%	1.084	873	80,54%	5.181	4.401	84,94%
OSI DONOSTIALDEA	25.039	17.889	71,44%	5.422	4.296	79,23%	26.772	20.301	75,83%
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	15.239	10.570	69,36%	2.732	2.206	80,75%	14.793	11.545	78,04%
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	5.381	3.885	72,20%	1.526	1.252	82,04%	9.285	6.885	74,15%
OSI RIOJA ALAVESA	1.521	1.104	72,58%	247	207	83,81%	1.436	1.090	75,91%
OSI TOLOSALDEA	5.370	3.761	70,04%	701	566	80,74%	6.276	4.610	73,45%
OSI URIBE	16.087	11.283	70,14%	3.404	2.722	79,96%	19.909	14.947	75,08%
Total general	170.618	119.703	70,16%	34.787	28.062	80,67%	185.605	138.417	74,58%

PRESENCIALIDAD (Semana del 1 al 5 de julio)									
	Actos totales MF	Total Actos Presenciales MF	% Presencialidad MF	Actos totales PED	Total Actos Presenciales PED	% Presencialidad PED	Actos totales ENF	Total Actos Presenciales ENF	% Presencialidad ENF
OSI ARABA	23.940	16.845	70,36%	4.293	3.581	83,41%	27.537	20.859	75,75%
OSI BARAKALDO-SESTAO	9.387	6.632	70,65%	1.824	1.493	81,85%	11.556	8.379	72,51%
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	20.583	14.850	72,15%	5.152	4.160	80,75%	23.392	16.939	72,41%
OSI BIDASOA	5.789	3.806	65,75%	997	857	85,96%	4.667	3.522	75,47%
OSI BILBAO-BASURTO	30.103	20.667	68,65%	6.118	4.827	78,90%	30.919	22.246	71,95%
OSI DEBALARRENA	5.994	4.291	71,59%	1.519	1.179	77,62%	5.759	4.150	72,06%
OSI DEBAGOIENA	4.942	3.477	70,36%	1.000	806	80,60%	5.171	4.420	85,48%
OSI DONOSTIALDEA	27.050	19.236	71,11%	5.008	4.001	79,89%	27.010	20.433	75,65%
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	14.575	10.078	69,15%	2.833	2.284	80,62%	15.120	11.753	77,73%
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	5.102	3.662	71,78%	1.196	995	83,19%	8.847	6.560	74,15%
OSI RIOJA ALAVESA	1.195	871	72,89%	152	126	82,89%	1.396	1.061	76,00%
OSI TOLOSALDEA	5.100	3.626	71,10%	876	713	81,39%	6.305	4.671	74,08%
OSI URIBE	16.759	11.773	70,25%	3.042	2.440	80,21%	20.111	15.084	75,00%
Total general	170.519	119.814	70,26%	34.010	27.462	80,75%	187.790	140.077	74,59%

Demora

La extracción de datos de demora de agendas es una sistemática que se realiza semanalmente, los lunes, de manera informática, extrayendo el primer hueco libre por agenda disponible para citación de cita presencial y telefónica, a solicitud de la ciudadanía.

El dato se calcula como promedio de demora por estamento y Unidad de Atención Primaria, incluyendo las agendas de todos los centros de salud de Osakidetza, lo que supone que puntualmente en ciertos casos la demora sea superior a la media.

Información que se estudia más en detalle desde cada OSI comprobando en cada agenda a qué se debe dicha demora. Algunas de ellas consecuencia de problemas de cobertura y dificultad de contratación, en ausencias prolongadas o en períodos vacacionales de profesionales.

Es importante destacar que en este cálculo no está incluida la citación de aquellos casos que demandan ser atendidos en el mismo día y a los que se les da respuesta mediante gestión interna desde el mismo centro de salud de manera telefónica o presencial. Para este tipo de cita en el día se reservan varios huecos en agendas que permiten ofrecer dicha asistencia.

Hay que tener en cuenta que los datos aportados son promedios, en los que:

Nº de días de demora 0: indica la posibilidad de cita presencial el mismo día de la extracción de datos, el lunes.

Nº de días de demora 1: indica la posibilidad de cita presencial al día siguiente, el martes.

Y así sucesivamente.

El objetivo corporativo fijado para la accesibilidad de cita es de menos de 48h de demora en cada estamento. Teniendo en cuenta que todos los centros de salud tienen atención en el mismo día para todo aquello que el/la paciente considera que no puede esperar, mediante el acto cita día.

Evolución de la demora de cita presencial y telefónica del último mes:

Atención Primaria	Objetivo	Agosto 2023	2024				
			08-jul	15-jul	22-jul	29-jul	05-ago
Accesibilidad a Consulta MF	≤ 2 días	2,84	2,34	2,31	2,97	2,93	2,39
Accesibilidad a Consulta ENF	≤ 2 días	1,18	0,56	0,66	0,95	0,95	0,73
Accesibilidad a Consulta PED	≤ 2 días	1,69	0,76	0,76	1,03	1,04	0,93
Accesibilidad a cita Área Administrativa	< 1 dia	0,32	0,21	0,27	0,26	0,23	0,25

Evolución de la demora de cita presencial del último mes, por OSI y por estamento (Área Administrativa, Enfermería, Medicina de Familia y Pediatría):

Informe Situación Osakidetza

Demora de agendas_5 agosto 2024

	Promedio	
	Demora ESP	Demora TEL
OSI ARABA	2,39	2,98
Área Administrativa	0,70	0,74
Enfermería	1,74	1,56
Medicina de Familia	3,71	5,37
Pediatría	1,68	2,86
OSI BARAKALDO-SESTAO	1,03	1,69
Área Administrativa	0,10	0,36
Enfermería	0,56	0,55
Medicina de Familia	2,20	4,24
Pediatría	0,93	1,07
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	1,56	1,71
Área Administrativa	0,09	0,09
Enfermería	0,69	0,50
Medicina de Familia	3,25	3,96
Pediatría	1,32	1,41
OSI BIDASOA	1,93	2,36
Área Administrativa	0,00	0,67
Enfermería	0,66	1,13
Medicina de Familia	3,59	3,92
Pediatría	1,50	2,50
OSI BILBAO-BASURTO	1,41	1,80
Área Administrativa	0,04	0,00
Enfermería	0,76	0,64
Medicina de Familia	2,63	3,66
Pediatría	0,40	0,92
OSI DEBABARRENA	0,95	1,48
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,46	0,32
Medicina de Familia	1,98	3,54
Pediatría	0,00	0,22
OSI DEBAGOIENA	1,50	1,66
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,61	0,68
Medicina de Familia	3,24	3,43
Pediatría	0,00	0,00
OSI DONOSTIALDEA	1,82	1,96
Área Administrativa	0,54	0,64
Enfermería	0,91	1,06
Medicina de Familia	3,45	3,77
Pediatría	1,95	1,72
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	1,09	1,53
Área Administrativa	0,68	0,74
Enfermería	0,48	0,58
Medicina de Familia	2,18	3,17
Pediatría	0,24	0,56
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	1,47	1,60
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,47	0,43
Medicina de Familia	3,12	3,55
Pediatría	1,89	1,63
OSI RIOJA ALAVESA	0,55	0,57
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,55	0,60
Medicina de Familia	0,61	0,61
Pediatría	0,50	0,50
OSI TOLOSALDEA	1,03	1,45
Área Administrativa	0,14	0,00
Enfermería	0,71	0,67
Medicina de Familia	1,74	2,45
Pediatría	0,33	3,50
OSI URIBE	1,61	2,06
Área Administrativa	0,06	0,00
Enfermería	0,51	0,36
Medicina de Familia	3,06	4,35
Pediatría	4,44	2,40
Total general Osakidetza	1,58	1,93

Demora de agendas _29 julio 2024

	Promedio	
	Demora ESP	Demora TEL
OSI ARABA	1,80	2,38
Área Administrativa	0,22	0,52
Enfermería	1,27	0,86
Medicina de Familia	2,63	4,59
Pediatría	2,22	2,97
OSI BARAKALDO-SESTAO	1,36	2,23
Área Administrativa	0,00	0,45
Enfermería	0,98	0,76
Medicina de Familia	2,63	5,78
Pediatría	1,21	1,00
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	1,84	2,01
Área Administrativa	0,11	0,20
Enfermería	1,02	1,00
Medicina de Familia	3,75	4,37
Pediatría	1,17	1,10
OSI BIDASOA	3,00	3,43
Área Administrativa	0,00	1,33
Enfermería	1,03	1,39
Medicina de Familia	5,73	6,00
Pediatría	1,67	3,42
OSI BILBAO-BASURTO	2,09	2,44
Área Administrativa	0,04	0,04
Enfermería	0,90	0,76
Medicina de Familia	4,19	5,04
Pediatría	0,51	1,35
OSI DEBABARRENA	1,42	2,08
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,65	0,42
Medicina de Familia	2,96	5,11
Pediatría	0,30	0,40
OSI DEBAGOIENA	1,85	1,80
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,80	0,80
Medicina de Familia	3,52	3,68
Pediatría	3,83	1,33
OSI DONOSTIALDEA	2,14	2,53
Área Administrativa	0,68	0,79
Enfermería	1,14	1,17
Medicina de Familia	4,15	5,11
Pediatría	1,43	2,64
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	1,51	2,11
Área Administrativa	0,74	0,84
Enfermería	0,96	0,99
Medicina de Familia	2,61	4,03
Pediatría	0,54	1,12
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	2,57	2,59
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	1,24	0,66
Medicina de Familia	5,23	6,21
Pediatría	1,54	1,58
OSI RIOJA ALAVESA	0,57	0,81
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,60	0,55
Medicina de Familia	0,61	1,11
Pediatría	0,50	1,50
OSI TOLOSALDEA	1,93	1,74
Área Administrativa	0,00	0,14
Enfermería	0,94	0,65
Medicina de Familia	3,68	3,37
Pediatría	1,71	2,43
OSI URIBE	1,81	2,41
Área Administrativa	0,17	0,00
Enfermería	0,97	0,88
Medicina de Familia	45	3,30
Pediatría	0,81	1,67
Total general Osakidetza	1,91	2,31

Informe Situación Osakidetza

Demora de agendas _22 julio 2024

	Promedio	
	Demora ESP	Demora TEL
OSI ARABA	2,20	2,70
Área Administrativa	0,39	0,57
Enfermería	1,61	1,16
Medicina de Familia	3,37	5,12
Pediatria	1,62	2,46
OSI BARAKALDO-SESTAO	1,76	2,21
Área Administrativa	0,00	0,45
Enfermería	0,95	0,75
Medicina de Familia	4,20	5,87
Pediatria	1,57	1,29
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	1,94	2,05
Área Administrativa	0,17	0,18
Enfermería	1,28	1,20
Medicina de Familia	3,65	4,06
Pediatria	1,50	1,79
OSI BIDASOA	3,05	2,87
Área Administrativa	0,00	0,67
Enfermería	1,21	0,85
Medicina de Familia	5,64	5,62
Pediatria	1,73	2,18
OSI BILBAO-BASURTO	1,72	2,26
Área Administrativa	0,04	0,04
Enfermería	0,78	0,63
Medicina de Familia	3,41	4,84
Pediatria	0,48	1,14
OSI DEBALARRENA	1,18	1,63
Área Administrativa	0,13	0,13
Enfermería	0,40	0,40
Medicina de Familia	2,54	3,78
Pediatria	1,00	1,18
OSI DEBAGOIENA	2,18	2,22
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,53	0,72
Medicina de Familia	5,03	5,29
Pediatria	3,25	0,25
OSI DONOSTIALDEA	2,41	2,65
Área Administrativa	0,82	0,82
Enfermería	1,02	1,14
Medicina de Familia	5,02	5,60
Pediatria	1,64	1,89
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	1,28	1,75
Área Administrativa	0,58	0,68
Enfermería	0,78	0,86
Medicina de Familia	2,28	3,41
Pediatria	0,16	0,44
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	2,29	2,21
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	1,00	0,53
Medicina de Familia	4,71	5,33
Pediatria	2,00	1,86
OSI RIOJA ALAVESA	0,50	0,57
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,60	0,50
Medicina de Familia	0,44	0,72
Pediatria	0,50	0,50
OSI TOLOSALDEA	1,81	1,66
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,81	0,43
Medicina de Familia	3,79	3,76
Pediatria	1,86	1,57
OSI URIBE	1,69	2,44
Área Administrativa	0,06	0,11
Enfermería	0,91	0,75
Medicina de Familia	3,09	4,96
Pediatria	46	0,64
Total general Osakidetza	1,93	2,28

Demora de agendas _ 15 julio 2024

	Promedio	
	DEMORA ESP	DEMORA TEL
OSI ARABA	1,49	2,13
Área Administrativa	0,61	0,27
Enfermería	0,98	0,57
Medicina de Familia	2,54	4,80
Pediatría	0,51	1,08
OSI BARAKALDO-SESTAO	1,49	2,08
Área Administrativa	0,00	0,36
Enfermería	1,06	0,85
Medicina de Familia	2,90	5,04
Pediatría	1,43	1,57
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	1,59	1,78
Área Administrativa	0,11	0,09
Enfermería	0,69	0,58
Medicina de Familia	3,31	4,07
Pediatría	1,28	1,14
OSI BIDASOA	1,89	2,12
Área Administrativa	0,00	0,67
Enfermería	0,77	1,11
Medicina de Familia	3,54	3,22
Pediatría	0,82	3,18
OSI BILBAO-BASURTO	1,24	1,66
Área Administrativa	0,04	0,00
Enfermería	0,54	0,42
Medicina de Familia	2,46	3,63
Pediatría	0,51	0,90
OSI DEBABARRENA	0,87	1,41
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,46	0,35
Medicina de Familia	1,80	3,24
Pediatría	0,18	1,27
OSI DEBAGIOENA	1,57	1,33
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,60	0,42
Medicina de Familia	3,54	2,89
Pediatría	0,67	1,22
OSI DONOSTIALDEA	1,61	1,87
Área Administrativa	0,79	0,68
Enfermería	0,83	0,81
Medicina de Familia	3,05	3,93
Pediatría	1,36	1,70
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUces	1,02	1,74
Área Administrativa	0,74	0,79
Enfermería	0,49	0,54
Medicina de Familia	1,85	3,72
Pediatría	0,54	0,68
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	2,12	1,94
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,64	0,41
Medicina de Familia	4,82	4,55
Pediatría	1,14	1,71
OSI RIOJA ALAVESA	0,29	0,57
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,25	0,45
Medicina de Familia	0,39	0,83
Pediatría	0,00	0,00
OSI TOLOSALDEA	1,25	1,28
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,81	0,48
Medicina de Familia	2,26	2,86
Pediatría	0,60	0,40
OSI URIBE	1,43	1,99
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,54	0,45
Medicina de Familia	2,78	4,26
Pediatría	0,92	1,25
Total general Osakidetza	1,44	1,82

Informe Situación Osakidetza

Demora de agendas_8 julio 2024		
	Promedio	
	DEMORA ESP	DEMORA TEL
OSI ARABA	1,53	2,28
Área Administrativa	0,32	0,45
Enfermería	0,87	0,71
Medicina de Familia	2,71	4,78
Pediatría	1,02	1,81
OSI BARAKALDO-SESTAO	1,11	2,45
Área Administrativa	0,00	0,45
Enfermería	0,45	0,50
Medicina de Familia	2,43	6,11
Pediatría	1,80	2,07
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	1,51	1,70
Área Administrativa	0,13	0,15
Enfermería	0,55	0,46
Medicina de Familia	3,28	3,81
Pediatría	0,83	1,13
OSI BIDASOA	1,82	1,86
Área Administrativa	0,00	0,33
Enfermería	0,80	0,81
Medicina de Familia	3,35	3,39
Pediatría	0,55	1,09
OSI BILBAO-BASURTO	1,17	1,45
Área Administrativa	0,04	0,08
Enfermería	0,61	0,49
Medicina de Familia	2,14	2,94
Pediatría	0,53	0,90
OSI DEBABARRENA	1,10	1,34
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,56	0,17
Medicina de Familia	2,17	3,28
Pediatría	0,50	0,83
OSI DEBAGOIENA	1,62	1,50
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,36	0,44
Medicina de Familia	3,39	3,02
Pediatría	1,11	1,11
OSI DONOSTIALDEA	1,62	2,13
Área Administrativa	0,54	0,68
Enfermería	0,65	0,93
Medicina de Familia	3,35	4,39
Pediatría	0,81	1,16
OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	0,99	1,51
Área Administrativa	0,68	0,68
Enfermería	0,57	0,73
Medicina de Familia	1,65	2,83
Pediatría	0,54	0,56
OSI GOIERRI-UROLA GARAIA	1,84	1,78
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,58	0,44
Medicina de Familia	3,94	4,23
Pediatría	2,07	1,43
OSI RIOJA ALAVESA	0,48	0,76
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,35	0,70
Medicina de Familia	0,72	1,00
Pediatría	0,00	0,00
OSI TOLOSALDEA	0,96	1,01
Área Administrativa	0,00	0,00
Enfermería	0,18	0,17
Medicina de Familia	2,10	2,13
Pediatría	1,71	2,14
OSI URIBE	1,22	1,89
Área Administrativa	0,06	0,00
Enfermería	0,47	0,45
Medicina de Familia	2,45	4,08
Pediatría	0,47	1,03
Total general Osakidetza	1,37	1,80

ANEXO II:

REVISIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS. INFORME DAS. AGOSTO 2022

● Estructura del informe

- Justificación
- Punto de partida
- Objetivo
- Medidas concretas
- Cronograma de puesta en marcha y evaluación.

JUSTIFICACIÓN

La provisión de servicios de salud se encuentra regulada a nivel estatal , comprometiendo a los diferentes servicios de salud para la provisión de dichas prestaciones.

La función y objetivos principales de los sistemas de salud son garantizar dichos servicios con la máxima accesibilidad, equidad, eficiencia y seguridad, a la vez que se garantiza la sostenibilidad del propio servicio de salud.

La garantía de accesibilidad comienza con una estructura de atención primaria en directo contacto con los ciudadanos y una red hospitalaria orientada a que todo ciudadano pueda acceder a los servicios y tratamientos que requieran en las mejores condiciones.

El sistema Vasco de salud Osakidetza ha basado su desarrollo en un esquema de integración, en el que las unidades de atención primaria se encuentran incluidas en organizaciones sanitarias integradas, junto con centros hospitalarios que sirven de referencia para la atención en especialidades no incluidas en la atención primaria.

El desarrollo de la medicina y la complejidad de determinadas prestaciones hace que solamente sea conveniente desarrollarlas en puntos concretos de un territorio, comunidad o incluso estado. Ello debe permitir que cualquier ciudadano o ciudadana con una patología, incluso en situaciones de excepcional rareza o complejidad, puede acceder a un tratamiento con garantía de ser atendido por un equipo suficientemente preparado para proporcionar los mejores resultados.

En esquema está organización sanitaria se basa en la coordinación de diferentes dimensiones de hospitales: hospitales generales, hospitales especializados, hospitales de media y larga estancia, y hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías.

Con este esquema de hospitales se organizarán las prestaciones básicas, aquellas que cuentan con un hospital de referencia para un territorio, para una

patología e incluso para todo el sistema de salud. En los distintos sistemas de salud del estado existen además centros o unidades de referencia del servicio Nacional de salud, CSUR, específicos para determinadas áreas.

La correcta definición de una cartera de servicios para cada centro y un sistema de derivación dentro del sistema de salud son las herramientas fundamentales para conseguir los objetivos fundamentales de calidad:

- Equidad: cada ciudadano tiene acceso a todas las prestaciones que proporciona el sistema independientemente de su procedencia o condiciones.
- Eficiencia y sostenibilidad: el sistema puede garantizar la prestación de todos los servicios debidos con la inversión en personas y equipamientos.
- Desarrollo profesional e innovación: el establecer centros de referencia con mayor experiencia en determinadas patologías permite garantizar el conocimiento, incorporar nuevas técnicas lo que supone un estímulo para los profesionales en su búsqueda de excelencia. El sistema debe garantizar la movilidad de profesionales para que aquellos con mayor proyección y capacidad puedan incorporarse a los centros de referencia.
- Seguridad de pacientes: la concentración de determinados procedimientos de mayor complejidad permite la actualización del conocimiento y de los equipos, así como garantizar una experiencia acumulada que asegure los resultados, tanto en los resultados de las propias técnicas como en el manejo de los pacientes y sus complicaciones.

PUNTO DE PARTIDA

CLASIFICACION DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS SEGÚN EL MINISTERIO

Según el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, los centros hospitalarios se definen como centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria. Dentro de los centros hospitalarios se distinguen:

1. **Hospitales generales:** hospitales destinados a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada.
2. **Hospitales especializados:** hospitales dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes.

3. **Hospitales de media y larga estancia:** hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.
4. **Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías:** hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías.

Además, el Ministerio de Sanidad clasifica los hospitales en grupos según el número de camas:

- Grupo 1: Menos de 200 camas
- Grupo 2: 200-500 camas
- Grupo 3: 501-1000 camas
- Grupo 4: más de 1000 camas

En los últimos años el desarrollo de la tecnología, la rapidez en el avance científico, la irrupción de nuevas formas de atender a los pacientes como la medicina personalizada, medicina de precisión, así como la situación de falta de relevo generacional en determinadas especialidades hace que sea necesario una nueva forma de gestión de nuestra Cartera de Servicios

CLASIFICACION EN OSAKIDETZA

En Osakidetza entendemos que nuestros Hospitales Generales, además de tener en cuenta la clasificación del ministerio, pueden clasificarse en 4 niveles teniendo en cuenta diferentes variables como son la oferta de servicios, dotación, actividad, complejidad e intensidad docente:

- Nivel 1: Hospitales generales comarcales, con menos de 200 camas de media, con mínima dotación de alta tecnología, con algo de peso docente y baja/moderada complejidad atendida
- Nivel 2: Hospitales generales de tamaño medio en torno a 500 camas. Actividad docente MIR. Complejidad media
- Nivel 3: Hospitales generales grandes, heterogéneos en dotación, tamaño y actividad. Gran intensidad docente. Moderada /Elevada complejidad
- Nivel 4: Hospitales generales de gran peso estructural y mucha actividad. Oferta completa de servicios. Alrededor de 1000 camas. Referentes de procesos de Alta complejidad y Baja prevalencia. Habitualmente llamados hospitales terciarios

Teniendo en cuenta las clasificaciones del ministerio y el nivel que nosotros consideramos para nuestros hospitales, en Euskadi el mapa actual de hospitales quedaría de la siguiente manera:

Informe Situación Osakidetza

Alaba:

Hospital	Tipo	Camas	Nivel
H. Universitario Araba	General	806	3
H. Psiquiátrico de Araba	Salud mental y tratamiento de toxicomanías	175	
H. de Leza	Media y Larga estancia	63	

Bizkaia

Hospital	Tipo	Camas	Nivel
H. Universitario Cruces	General	961	4
H. Universitario Basurto	General	697	3
H. San Eloy	General	126	1
H.Urduliz	General	128	1
H. Galdakao-Usansolo	General	481	2
*H.Gorliz	Media y Larga Estancia	149	
H. Santa Marina	Media y Larga Estancia	234	
H.Zaldibar	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	120	
H. de Bermeo	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	188	
H. de Zamudio	Salud Mental y tratamiento de toxicomanías	142	

*Si bien el H. Gorliz está catalogado como Hospital de Media y Larga Estancia, una parte muy importante de su actividad está dedicada a la Rehabilitación por lo que podríamos considerarlo también como Especializado

Gipuzkoa

Hospital	Tipo	Camas	Nivel
H. Universitario Donostia**	General	1034	4
H. Bidasoa	General	96	1
H. Mendaro	General	111	1
H. Alto Deba	General	95	1
H. de Zumárraga	General	118	1
H.Eibar	Media y Larga Estancia	40	

** En el H. U. Donostia existe una planta dedicada a Media y Larga Estancia en exclusiva

En resumen, según esta clasificación en Euskadi contamos con:

- **10 Hospitales Generales:**

- 6 de grupo 2 (100-200 camas) que se corresponden con Hospitales nivel 1

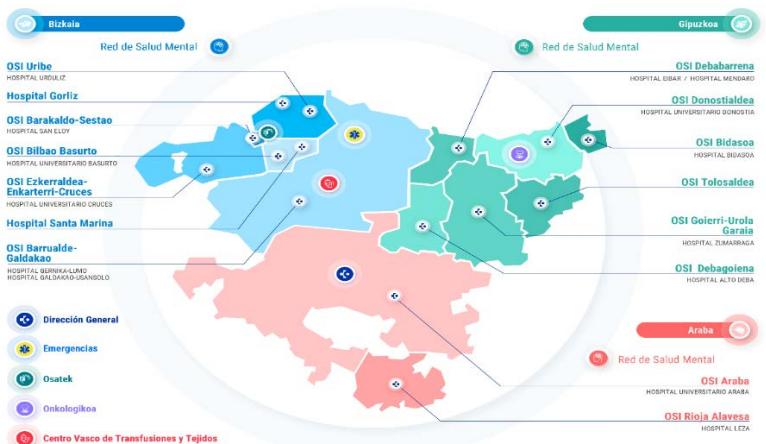
- 3 de grupo 3 (501-1000 camas), 2 de ellos se corresponden con Hospitales de nivel 3 y otro con Hospital de nivel 4 debido a la complejidad de los procesos que atiende
- 1 de grupo 4 (más de 1000 camas) que se corresponde con Hospital de nivel 4

• 3 Hospitales de Media y Larga Estancia

- 1 de grupo 1 (menos de 100)
- 2 de grupo 2 (100-200 camas)

• 4 Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de toxicomanías

- 4 de grupo 2 (100-200 camas)



Cartera de servicios actual de los Hospitales Generales

Hospitales nivel 4 o terciarios

En Euskadi contamos con 2 hospitales que podemos considerar como de nivel 4, H.U. Donostia y H. U. Cruces. Ambos Hospitales cubren, de manera complementaria, una amplia cartera de servicios de gran complejidad (trasplante, infecciones emergentes, grandes quemados, unidad de identidad de género.....) que se detallan a continuación, de forma que garantizamos la atención de estos procesos dentro de nuestra comunidad autónoma, siendo referencia además para comunidades colindantes y en algunos casos estatal.

Teniendo en cuenta nuestra población y las distancias máximas que existen entre los hospitales de referencia de cada uno de los territorios históricos, las carteras de servicios de estos dos hospitales deben de seguir siendo complementarias y garantizar la cobertura de los procesos de mayor complejidad y baja prevalencia de toda la población de Euskadi.

Informe Situación Osakidetza

Cartera de servicios	OSI NIVEL 4	
	HOSPITAL CRUCES	HOSPITAL DONOSTIA
TIS	166000 CENTRO DE REFERENCIA CAV CENTRO REFERENCIA BARAKALDO Y URIBE	378500 CENTRO DE REFERENCIA CAV CENTRO REFERENCIA BIDASOA, TOLOSA, GOIERRI, DEBABARRENA
ALERGOLOGÍA	Referencia para OSI Uribe y OSI Barakaldo Sestao, y H. Górliz	Referencia para OSI Bidasoa, Toloaldea
ANESTESIOL. Y REANIMACIÓN	Anestesia Pediátrica Centro Q de referencia Unidad de Dolor Crónico	Anestesia Pediátrica Centro Q de referencia Unidad de dolor Crónico
ANGIOL.CIRUGÍA VASCULAR	Referencia para OSI Uribe y OSI Barakaldo Sestao, y H. Górliz	Referencia para OSI Bidasoa, Toloaldea, Debabarrena y Goierri
APARATO DIGESTIVO	TECNICAS ENDOSCOPICAS DE ALTA RESOLUCION-CPRE Referencia para OSI Uribe y OSI Barakaldo Sestao, y H. Górliz Unidad de Hepatología y Trasplante hepático Unidad de Inflamatorias	TECNICAS ENDOSCOPICAS DE ALTA RESOLUCION-CPRE Referencia para OSI Bidasoa, Toloaldea, Debabarrena y Goierri Unidad de Inflamatorias
CARDIOLOGÍA	Electrofisiología-Unidad Arritmias Hemodinámica Referencia para OSI Uribe y OSI Barakaldo Sestao, y H. Górliz Unidad de Cardiopatías familiares	Electrofisiología-Unidad Arritmias Hemodinámica Referencia para OSI Bidasoa, Toloaldea, Debabarrena y Goierri
CIR. ORAL Y MAXILOFACIAL	Referencia para OSI Barrualde-Galdakao, OSI Uribe OSI Barakaldo Sestao, y H. Górliz	Referencia para OSI Bidasoa, Tolosaldea, Debabarrena y Goierri
CIR. ORTOPED. Y TRAUMATOL	Ortopedia Infantil Unidad de patología Raquis Unidad de Tumores óseos y partes blandas Centro referencia territorial	Ortopedia Infantil Unidad de patología Raquis Centro de referencia territorial
CIR. PLAST., EST. Y REPAR	Unidad de Grandes Quemados referencia Regional norte España Servicio referencia territorial y autonómico	Servicio referencia territorial y autonómico
CIRUGÍA GEN. AP.DIGESTIVO	Unidad HepatoBilioPancreática Unidad Esofagogastrica Unidad Coloproctología Unidad Trasplante Hepático Servicio Referencia autonómica Trasplante Hepático Servicio Referencia Territorial	Unidad HepatoBilioPancreática Unidad Esofagogastrica Unidad Coloproctología Servicio Referencia Territorial
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Servicio Referencia Territorial y Autonómica	Servicio Referencia Territorial
CIRUGÍA TORÁCICA	Servicio Referencia Territorial y Autonómica	Servicio Referencia Territorial y Autonómica
DERMAT. MED. QUIR.VENER.	Cobertura a OSI Barakaldo-Sestao y H. Górliz Centro de referencia Fototerapia	Cobertura a Tolosaldea Centro de referencia Fototerapia
ENDOCRINOLOGÍA/NUTRICIÓN	Cobertura a OSI Barakaldo-Sestao y H. Górliz Centro de referencia Unidad de nutrición	Cobertura a Tolosaldea Centro de referencia Unidad de Nutrición
CUIDADOS PALIATIVOS		
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Servicio referencia territorial	Centro de referencia autonómico enfermedades emergentes Servicio referencia territorial
MEDICINA INTERNA	Enfermedades autoinmunes Unidad de referencia CSUR Unidad de Enfermedades Minoritarias de referencia territorial	Unidad de Enfermedades Minoritarias de referencia territorial Unidad de Medicina basada en la evidencia con Unidad de Convalecencia
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO		
FARMACIA HOSPITALARIA	Centro de superespecialidades	Centro de superespecialidades
FARMACOLOGÍA CLÍNICA		
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	Centro de referencia Cobertura a OSI H. Górliz	Centro de referencia Unidad de Transplante de Médula Osea Cobertura a Tolosaldea

INMUNOLOGÍA	Centro de referencia	Centro de referencia
MED. FISICA Y REHABILITAC	Centro de referencia Autonómico lesión Medular	Centro de referencia territorial
MEDICINA INTENSIVA	Centro de referencia autonómico ECMO Centro de referencia autonómico y Regional Norte de Grandes Quemados Centro de referencia territorial Bizkaia	Centro de referencia territorial
MEDICINA NUCLEAR	PET-TAC	
MICROBIOLOGÍA/PARASITOL.	Laboratorio de referencia	Laboratorio de referencia
NEFROLOGÍA	Centro referencia Autonómico y regional de Trasplante Renal Centro referencia territorial	Centro de referencia territorial
NEUMOLOGÍA	Unidad de referencia Oncología Unidad de referencia Intersticiales Unidad de endoscopia avanzada Unidad de Sueño y ventiloterapia	Unidad de referencia Oncología Unidad de referencia Intersticiales Unidad de endoscopia avanzada Unidad de Sueño y ventiloterapia
NEUROCIRUGÍA	Servicio de referencia territorial 800000 Tis	Servicio de referencia territorial 650000 Tis
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	Monitorización intraoperatoria	No incluido en su cartera de Servicios.
NEUROLOGÍA	Servicio de referencia territorial. Asume Barakaldo-Sestao Unidad de Ictus Unidad de referencia Parkinson	Servicio de referencia territorial Unidad de Ictus
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Unidad de Reproducción Humana Asistida Asume población Barakaldo-Sestao Unidad de referencia de Cáncer Uterino Unidad de referencia de Cáncer de mama Unidad de referencia de Cáncer de Ovario Unidad de referencia de Cáncer de V-V	Unidad de Reproducción Humana Asistida Unidad de referencia Cáncer Cérvix Unidad de referencia de Cáncer Uterino Unidad de referencia de Cáncer de mama Unidad de referencia de Cáncer de Ovario Unidad de referencia de Cáncer de V-V
OFTALMOLOGÍA	Oftalmología infantil Unidad de Trasplante de córnea	Oftalmología infantil Unidad de Trasplante de córnea
ONCOLOGÍA MÉDICA	Centro de referencia territorial: Barakaldo-Sestao y Uribe	Centro de referencia territorial todo Gipuzkoa Dentro UGC que incluye Onkologikoa
ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA	Unidad de Braquiterapia Unidad de Radiocirugía Centro de referencia Territorial	Unidad de Braquiterapia Centro de referencia Territorial
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Unidad de oncología Centro de referencia territorial	Unidad de oncología Centro de referencia territorial Unidad de Implante Coclear de referencia autonómica
PEDIATRÍA	Neonatología Intensivos pediátricos Oncología pediátrica Neuropediatría Cardiología pediátrica Neumología pediátrica Gastroenterología pediátrica Nefrología pediátrica Alergia e Inmunología pediátrica Urgencias pediátricas	Neonatología Intensivos pediátricos Neuropediatría Cardiología pediátrica Neumología pediátrica Gastroenterología pediátrica Nefrología pediátrica
PSIQUIATRÍA	Servicio referencia EE Cruces, Barakaldo-Sestao y Uribe	Servicio de referencia territorial
PSIQUIATRÍA INFANTIL		
RADIODIAGNÓSTICO	Radiología intervencionista Neuroradiología intervencionista Hospital referencia autonómico Hospital referencia territorial RMN	Radiología intervencionista Neuroradiología intervencionista RMN Hospital referencia territorial
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA		
REUMATOLOGÍA	Asume EE-Cruces y Barakaldo Sestao Centro de referencia territorial	Centro de referencia territorial
URGENCIAS HOSPITALARIAS	Centro de referencia	Centro de referencia
UROLOGÍA	Trasplante Renal Centro de referencia	Centro de referencia

Informe Situación Osakidetza

Hospitales nivel 3

Consideramos H.U. Araba y el H. de Basurto como hospitales de nivel 3, son hospitales que cuentan con una amplia cartera de servicios con la que pueden dar respuesta a procesos complejos y prevalentes de toda su población. Son además referentes para hospitales de nivel 1 o comarcales cercanos para aquellos procesos cuya complejidad no permite abordarlos en los mismos, siendo muy importantes como complemento de los hospitales de nivel 4 o terciarios.

Cartera de servicios	OSI NIVEL 3	
	OSI ARABA	OSI BILBAO BASURTO
TIS	296000	365000
	CENTRO REFERENCIA DEBAGOIENA, ERRIOXA, LA RIOJA, MIRANDA	CENTRO DE REFERENCIA BIZKAIA
ALERGOLOGÍA	Referencia para OSI Debagoiena y Errioxa	Referencia para Sta. Marina
ANESTESIOL. Y REANIMACIÓN	Centro Q de referencia Unidad de dolor Crónico	UC Intermedios 10 c. Centro Q de referencia Unidad de Dolor Crónico
ANGIOL.CIRUGÍA VASCULAR	Referencia Debabarrena y Errioxa	Referencia Santa Marina
APARATO DIGESTIVO	TECNICAS ENDOSCOPICAS DE ALTA RESOLUCION-CPRE Referencia para OSI Debagoiena y Errioxa Referencia C.A. La Rioja Ecoendoscopia Unidad de Hepatología Unidad de Inflamatorias	TECNICAS ENDOSCOPICAS DE ALTA RESOLUCION-CPRE Referencia para Sta. Marina Unidad de Inflamatorias Unidad Hepatología
CARDIOLOGÍA	Electrofisiología-Unidad Arritmias Hemodinámica Referencia para OSI Debagoiena y Errioxa Unidad de Cardiopatías familiares	Electrofisiología-Unidad Arritmias Hemodinámica Referencia para Sta. Marina Unidad de Cardiopatías familiares Referencia Técnicas Invasivas (TAVI)
CIR. ORAL Y MAXILOFACIAL	Referencia para OSI Debagoiena y Errioxa	Referencia para Sta. Marina
CIR. ORTOPED. Y TRAUMATOL	Ortopedia Infantil Unidad de patología Raquis Consulta externa en H. Leza Centro de referencia territorial Unidad de raquis referencia CA La Rioja Unidad referencia autonómico Arroscopia Cadera	Ortopedia Infantil Centro de referencia territorial
CIR. PLAST., EST. Y REPAR		Servicio referencia territorial
CIRUGIA GEN. AP.DIGESTIVO	Unidadl HepatoBilioPancreática Unidad Esofagogastrica Unidad Coloproctología Servicio Referencia Territorial Referencia C. Bariátrica para CA La Rioja	Unidadl HepatoBilioPancreática Unidad Esofagogastrica Unidad Coloproctología Servicio Referencia Territorial Unidad referencia autonómica Cáncer Esofágico
DERMAT. MED.QUIR.VENER.	Cobertura a OSI Errioxa y OSI Debagoiena Centro de referencia Fototerapia	Cobertura a H. Santa Marina Centro de referencia Fototerapia
ENDOCRINOLÓGIA/NUTRICIÓN	Cobertura a OSI Errioxa y ocasional Debagoiena Centro de referencia Unidad de nutrición	Cobertura a H. Santa Marina Centro de referencia Unidad de nutrición
CUIDADOS PALLIATIVOS		
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	En centros que no tienen infecciosas, la cartera asistencial la asume Medicina Interna y el PROA.	Centro de referencia autonómico enfermedades emergentes Servicio referencia territorial
MEDICINA INTERNA	Asume Infecciosas Unidad de Enfermedades Minoritarias de referencia territorial Unidad de Convalecencia en Santiago	
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO		
FARMACIA HOSPITALARIA	Centro de superespecialidades	Centro de superespecialidades
FARMACOLOGÍA CLÍNICA		
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA		
INMUNOLOGÍA		
MED. FÍSICA Y REHABILITAC	Centro de referencia territorial	
MEDICINA INTENSIVA	Centro de referencia territorial, Alto Deba, H. Miranda y Neurocríticos de C.A La Rioja Realizan la cobertura de 1ª llamada de Neurocirugía y C. maxilofacial 2 Unidades de críticos en 2 hospitales Asume Coronarios y Postoperatorio crítico	No incluido en su cartera de Servicios. Plantear su inclusión
MEDICINA NUCLEAR	PET-TAC	
NEFROLOGÍA	Centro de referencia territorial, Alto Deba y Errioxa	

NEUMOLOGÍA	Unidad de referencia Oncología Unidad de referencia Intersticiales Unidad de endoscopia avanzada Unidad de Sueño y ventiloterapia	Unidad de referencia Oncología Unidad de referencia Intersticiales Unidad de endoscopia avanzada Unidad de Sueño y ventiloterapia
NEUROCIRUGÍA	Servicio de referencia territorial Alto deba, Errioxa, Miranda y La Rioja 500000 Tis	
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA		Monitorización intraoperatoria Unidad funcional de Sueño de referencia
NEUROLOGÍA	Servicio de referencia territorial Unidad de Ictus	Unidad de Ictus Unidad de desmielinizantes
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Unidad de Reproducción Humana Asistida Unidad de referencia de Cáncer Uterino Unidad de referencia de Cáncer de mama Unidad de referencia de Cáncer de Ovario	Unidad de referencia Cáncer Cervix Unidad de referencia de Cáncer Uterino Unidad de referencia de Cáncer de mama Unidad de referencia de Cáncer de Ovario
OFTALMOLOGÍA	Oftalmología infantil	Oftalmología infantil
ONCOLOGÍA MÉDICA	Centro de referencia territorial, Errioxa y Alto Deba.	
ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA	Centro de referencia Territorial	Centro de referencia Territorial
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Unidad de oncología Centro de referencia territorial	Unidad de oncología
PEDIATRÍA	Neonatología Neuropediatría Cardiología pediátrica Neumología pediátrica Gastroenterología pediátrica Nefrología pediátrica	Neonatología Neuropediatría Cardiología pediátrica Neumología pediátrica Gastroenterología pediátrica Nefrología pediátrica
PSIQUIATRÍA	Unidad Infanto-juvenil agudos Servicio de referencia territorial Araba y Errioxa	Unidad Infanto Juvenil agudos
PSIQUIATRÍA INFANTIL		
RADIODIAGNÓSTICO	Radiología intervencionista Neuroradiología intervencionista	Radiología intervencionista Neuroradiología intervencionista RMN
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA		
REUMATOLOGÍA	Asume Araba y Errioxa Centro de referencia territorial	Centro de referencia territorial
URGENCIAS HOSPITALARIAS	Asume Araba y Errioxa Centro de referencia 2 sedes de urgencias	Centro de referencia
UROLOGÍA	Asume Araba, Errioxa y Deabagoiena Unidad de litotricia: Araba y Gipuzkoa	

Hospitales nivel 3

La cartera de servicios del H. de Galdakao, así como su dotación de camas no permite clasificarlo como un hospital comarcal de nivel 1, pero tampoco puede asumir procesos de gran complejidad como un hospital de nivel 3, por lo que se puede considerar un hospital comarcal de nivel 2. Atiende a una población de referencia dispersa y extensa, y cuenta con servicios como camas de UCI además de ser referente en algunos procesos para el H comarcal de Mendaro.

Cartera de servicios	HOSPITAL NIVEL 2
TIS	OSI BARRUALDE-GALDAKAO 308000
ALERGOLOGÍA	APOYO CENTRO REFERENCIA DEBALARRENA
ANESTESIOL. Y REANIMACIÓN	Unidad de dolor Crónico
ANGIOL.CIRUGÍA VASCULAR	
APARATO DIGESTIVO	TECNICAS ENDOSCOPICAS DE ALTA RESOLUCION-CPRE
CARDIOLOGÍA	Electrofisiología-Unidad Arritmias Hemodinámica
CIR. ORTOPED. Y TRAUMATOL	
CIRUGÍA GEN. AP.DIGESTIVO	Unidad HepatoBilioPancreática Unidad Esofagogastrica Unidad Coloproctología
DERMAT. MED. QUIR.VENER.	Fototerapia
ENDOCRINOLOGÍA/NUTRICIÓN	Unidad de nutrición
CUIDADOS PALLIATIVOS	
MEDICINA INTERNA	En centros que no tienen infecciosas, la cartera asistencial la asume Medicina Interna y el PROA.
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO	
FARMACIA HOSPITALARIA	
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	
MED. FÍSICA Y REHABILITAC	
MEDICINA INTENSIVA	
NEFROLOGÍA	
NEUMOLOGÍA	Unidad de referencia Oncología Unidad de referencia Intersticiales Unidad de endoscopia avanzada Unidad de Sueño y ventiloterapia
NEUROFISIOLOGÍA CLINICA	
NEUROLOGÍA	Unidad de ictus
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Unidad de referencia de Cáncer Uterino Unidad de referencia de Cáncer de mama Unidad de referencia de Cáncer de Ovario
OFTALMOLOGÍA	
ONCOLOGÍA MÉDICA	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	Unidad de oncología
PSICOLOGÍA CLÍNICA	
PSIQUEIATRÍA	
PSIQUEIATRÍA INFANTIL	
RADIODIAGNÓSTICO	Radiología intervencionista
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	
REUMATOLOGÍA	
URGENCIAS HOSPITALARIAS	2 sedes de urgencias : H. Galdakao y Gernika
UROLOGÍA	Unidad de litotricia Bizkaia

Hospitales nivel 1

Los hospitales de nivel 1 corresponden a hospitales comarcales del grupo 1 (menos de 200 camas), 4 de ellos se encuentran en Gipuzkoa, 2 en Bizkaia y 1 en Araba

El despliegue de los hospitales comarcales ha sido fundamental para asegurar la equidad y accesibilidad a los servicios sanitarios, acercando la atención hospitalaria para resolver problemas muy prevalentes y de baja complejidad de forma cercana al domicilio del paciente.

La cartera de servicios de estos hospitales ha ido incrementándose en los últimos años de forma que todos ellos cuentan con un núcleo potente constituido por especialistas de Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Radiología, Oftalmología, Ginecología y Servicios Generales, mientras que el resto de especialidades tiene un despliegue distinto en cada uno de los hospitales. Este despliegue de cartera por un lado acerca la atención a su población de referencia, pero al ser desigual puede crear inequidades en la población.

Cartera de servicios	HOSPITAL NIVEL 1					
	H.URDULIZ	H. BARAKALDO	H.BIDASOA	H.ZUMARRAGA	H.MENDARO	H.DEBAGOIENA
TIS	219000	132000	96000	101000	76000	67000
ALERGOLOGÍA						
ANESTESIOL. Y REANIMACIÓN	Reanimación					
APARATO DIGESTIVO						
CARDIOLOGÍA						
CIR. ORTOPED. Y TRAUMATOL						
CIRUGÍA GEN. AP.DIGESTIVO						
DERMAT. MED. QUIR.VENER.	Fototerapia					Fototerapia
ENDOCRINOLÓGIA/NUTRICIÓN						
CUIDADOS PALLIATIVOS						
MEDICINA INTERNA						
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO	En proceso	Escasamente desplegado				
FARMACIA HOSPITALARIA						
FARMACOLOGÍA CLÍNICA						
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA						
MED. FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Cubierto por Górliz y Cruces					
NEFROLOGÍA						
NEUMOLOGÍA						
NEUROLOGÍA		Asumido por EE Cruces				
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	No hay partos	Asumido por EE Cruces	No hay partos			
OFTALMOLOGÍA						
OTORRINOLARINGOLOGÍA						
PEDIATRÍA						
RADIODIAGNÓSTICO						
REUMATOLOGÍA						
URGENCIAS HOSPITALARIAS						
UROLOGÍA						Cobertura Araba
Las celdas en amarillo indican que esa especialidad no está en la cartera de servicios del hospital						

Distribución de la actividad en función del tipo de Hospital

Nuestros hospitales generales son referencia para una población TIS (diciembre de 2021) de alrededor de 2.275.000. Estas TIS se reparten de la siguiente manera en relación al nivel de hospital de referencia que les atiende:

TIPO HOSPITAL	TIS	PESO
Hospital de nivel 1 (comarcal)	692736	30,5%
Hospital de nivel 2	306736	13,5%
Hospital de nivel 3	662593	29%
Hospital de nivel 4 o terciario	611282	27%
	2273347	100%

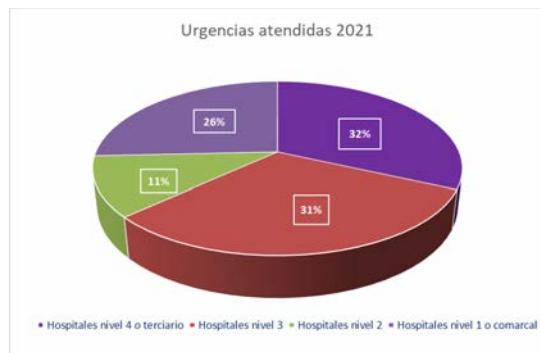
Un 30% de la población tiene como primera referencia un hospital de primer nivel o comarcal.

Al exponer la actividad se ha tomado el año 2021 , ya que aunque la actividad varía ligeramente de unos años a otros el porcentaje de actividad de los hospitales respecto al total se mantiene.

1. Urgencias atendidas en 2021

Del total de las atenciones en urgencias del 2021 un 37% se atienden en hospitales comarcales y de nivel 2

	Urgencias atendidas	Población	Tasa por 10000 TIS
Hospitales nivel 4 o terciario	277675	32%	611282
Hospitales nivel 3	273978	31%	662593
Hospitales nivel 2	97160	11%	306736
Hospitales nivel 1 o comarcal	224628	26%	692736
	873441	100%	2273347
			3842



2. Intervenciones realizadas en 2021

De todas las intervenciones que se realizan al año un 30% se realizan en los hospitales comarcales nivel 1 y 2

Organización servicio	2021	
Hospitales nivel 4 o terciario	71504	37,08%
Hospitales nivel 3	63584	32,98%
Hospital nivel 2	21732	11,27%
Hospital nivel 1 o comarcal	36000	18,67%
Suma Total	192820	100%



3. Altas hospitalarias en 2021

Un 27% de todas las altas que se dan en Osakidetza se realizan en hospitales comarcales nivel 1 y 2. En relación a las tasas de los hospitales nivel 3 y 4 hay que tener en cuenta que están artefactadas al ser hospitales de referencia en determinadas patologías para toda la población de los diferentes territorios históricos o incluso toda la comunidad.

Centro	2021		Población	Tasa por 10000 TIS
Hospitales nivel 4 o terciario	92269	40%	611282	1509
Hospitales nivel 3	74340	32%	662593	1122
Hospital nivel 2	25908	11%	306736	845
Hospitales nivel 1 o comarcal	37602	16%	692736	543
	230119	100%	2273347	1012

Altas hospitalarias 2021

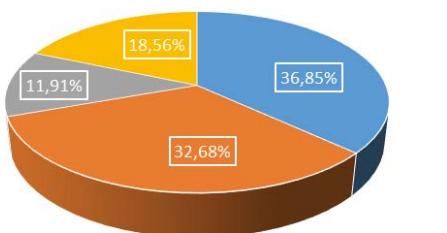


4. Consultas hospitalarias en 2021

Al igual que en las intervenciones o en las altas , las tasas de los hospitales de nivel 3 o 4 se ven artefactadas al ser hospitales de referencia de otra población distinta a la suya .Aproximadamente el 30% de la actividad de consultas de un año en osakidetza se realiza en hospital comarcal de nivel 1y 2

Organización servicio	2021		Población	Tasa por 10000 TIS
Hospital nivel 4 o terciario	1574497	36,85%	611282	25757
Hospital nivel 3	1396455	32,68%	662593	21076
Hospital nivel 2	508740	11,91%	306736	16586
Hospital nivel 1 o comarcal	792991	18,56%	692736	11447
Suma Total	4272683	100%	2273347	18795

Consultas 2021



- Hospital nivel 4 o terciario ■ Hospital nivel 3
- Hospital nivel 2 ■ Hospital nivel 1 o comarcal



Objetivo de la revisión de la nueva cartera de servicios

Actualmente nos enfrentamos a retos importantes determinados por el avance tecnológico y científico que van a condicionar la gestión de la cartera de servicios actual, y a los que ya estamos dando respuesta con los Hospitales de nivel 3 y 4 como son la concentración de los procesos de alta complejidad y baja prevalencia (determinadas cirugías oncológica, cirugía cardiaca, trasplante hepático, unidad de identidad de género, HIPEC...), la medicina personalizada de precisión ...

Sin embargo, un reto muy importante va a ser seguir manteniendo la accesibilidad y cercanía de la atención a la población en los hospitales comarcales en niveles máximos de calidad. La escasez de determinados perfiles profesionales requiere un nuevo enfoque en la gestión de los hospitales comarcales para garantizar el relevo generacional y la cartera de servicios actual y futura.

Es necesario articular mecanismos que permitan a los hospitales comarcales ser atractivos para los nuevos profesionales facilitándoles el mantenerse actualizados, y desarrollar su potencial profesional y parar el flujo de facultativos de hospitales comarcales a los hospitales terciarios que está provocando serias dificultades en mantener la atención tal y como veníamos prestándola hasta el momento.

Equidad: cada ciudadano tiene acceso a todas las prestaciones que proporciona el sistema independientemente de su procedencia o condiciones. Para ello se precisa:

- Ordenar el conjunto de procedimientos actuales con unos circuitos de derivación análogo para las personas de la propia OSI como de aquellas que la tienen de referencia.
- Facilitar el traslado de información para el trabajo integrado de los servicios

Eficiencia y sostenibilidad: el sistema puede garantizar la prestación de todos los servicios debidos con la inversión en personas y equipamientos.

- Estimación y provisión de necesidades de las Unidades en función de la cartera de servicios.

Desarrollo profesional e innovación: el establecer centros de referencia con mayor experiencia en determinadas patologías permite garantizar el conocimiento, incorporar nuevas técnicas lo que supone un estímulo para los profesionales en su búsqueda de excelencia.

- Garantizar la movilidad de profesionales para que aquellos con mayor proyección y capacidad puedan incorporarse a los centros de referencia.

Seguridad de pacientes: la concentración de determinados procedimientos de mayor complejidad permite la actualización del conocimiento y de los equipos, así como garantizar una experiencia acumulada que asegure los resultados,

tanto en los resultados de las propias técnicas como en el manejo de los pacientes y sus complicaciones.

- Actuación de acuerdo a la estrategia de seguridad de la organización, con planes específicos y revisión de eventos de seguridad y complicaciones.
- Revisión periódica de resultados clínicos con actualización de índices de eficacia y complicaciones.

Medidas concretas

.Nuevo enfoque de gestión de los hospitales comarcales

• Modelo de red entre comarcas

Reorganización de los servicios entre hospitales comarcales de nivel 1 manteniendo en todas ellas unos servicios básicos fuertes propios de cada hospital: Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Anestesiología, Ginecología, Oftalmología, ORL y creación de una red entre con los profesionales de los hospitales comarcales vecinos para servicios médicos con equipos formados por 1-2 facultativos (Cardiología, Neumología, Neurología, Endocrinología, Dermatología, Reumatología) que gestione todos los recursos de las organizaciones implicadas, y despliegue la asistencia en todos los dispositivos asistenciales necesarios.

• Modelo en red entre el hospital de referencia

Vincular las OSI comarcales a las OSI con Hospital terciario nivel 3 o 4, integrando funcionalmente algunos de los servicios clínicos de los centros comarcales con los de los centros de referencia (Anestesiología, Oftalmología, ORL, Urología, Cardiología, Neumología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Reumatología).

Hoy en día la tecnología ya está facilitando la colaboración entre profesionales, manteniendo reuniones on line, teleconsultas, participación en comités de tumores, compartir casos etc...

Es necesario dar un paso más y facilitar la creación de los mecanismos necesarios para que los profesionales puedan realizar parte de su trabajo de forma organizada en el hospital de referencia, bien en consultas especializadas, bien realizando intervenciones quirúrgicas, bien realizando investigación

- Continuar la concentración de procesos de alta complejidad y baja prevalencia
- Nuevo enfoque de Hospitales de Larga y Media Estancia
 - Análisis de necesidades reales
 - Gestión centralizada de camas por territorio o toda la CAPV

- Eliminación de las barreras territoriales y distribución de la población con el fin de garantizar una accesibilidad equitativa
- Puesta en marcha de los criterios de incentivación de plazas de difícil cobertura

ANEXO IV: LISTADO DE CENTROS DE SALUD, CONSULTORIOS, PAC Y PUNTOS DE REFUERZO ABIERTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Osakidetza dispone de **342 centros abiertos en Atención Primaria (centros de salud, ambulatorios y consultorios), 29 Puntos de Atención Continuada (PAC) y 6 Puntos de Refuerzo (PR)**.

Asimismo, cuenta con guardias localizadas y/o unidades asistenciales de fin de semana y festivos, en zonas rurales como:

- Karranza en OSI Ezkerraldea
- Labastida, Laguardia y Oyón en OSI Rioja
- Salvatierra-Agurain, Espejo, Campezo, Iruña de Oca, Legutiano y Zuiá-Murgia, en OSI Araba

OSI	UAP	CENTRO
OSI Araba	ABETXUKO	CENTRO DE SALUD DE ABETXUKO
OSI Araba	ARANBIZKARRA I	CENTRO DE SALUD ARANBIZKARRA I
OSI Araba	ARANBIZKARRA II	CENTRO DE SALUD ARANBIZKARRA II
OSI Araba	CASCO VIEJO VITORIA-GASTEIZ	CENTRO DE SALUD DEL CASCO VIEJO
OSI Araba	GAZALBIDE TXAGORRITXU	CENTRO DE SALUD DE GAZALBIDE-TXAGORRITXU
OSI Araba	HABANA-CUBA	CENTRO DE SALUD DE HABANA-CUBA
OSI Araba	IRUÑA DE LA OCA (NANCLARES)	CENTRO DE SALUD DE IRUÑA DE OCA
OSI Araba	LAKUA - ARRIAGA	CENTRO DE SALUD DE LAKUA-ARRIAGA
OSI Araba	LAKUABIZKARRA	CENTRO DE SALUD DE LAKUABIZKARRA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ALEGRIA-DULANTZI
OSI Araba		CONSULTORIO DE SALVATIERRA
OSI Araba	LLANADA ALAVESA	CONSULTORIO DE ASPARRENA-ARAIA
OSI Araba		CONSULTORIO DE BARRUNDIA-OZAETA
OSI Araba		CENTRO DE SALUD DE CAMPEZO
OSI Araba		CONSULTORIO DE BERNEDO
OSI Araba		CONSULTORIO DE MAEZTU
OSI Araba		CONSULTORIO DE SAN VICENTE DE ARANA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ULLIBARRI-ARANA
OSI Araba	MONTAÑA ALAVESA	CONSULTORIO DE KONTRASTA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ALDA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ORBISO
OSI Araba		CONSULTORIO DE LAGRAN
OSI Araba		CONSULTORIO DE ANTOÑANA
OSI Araba		CONSULTORIO DE APELLANIZ
OSI Araba		CENTRO DE SALUD DE LEGUTIANO
OSI Araba		CONSULTORIO DE DURANA
OSI Araba	NORTE-LEGUTIANO	CONSULTORIO DE OTXANDIO
OSI Araba		CONSULTORIO DE UBIDEA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ZUAZO DE KUARTANGO
OSI Araba		CONSULTORIO DE URKABUSTAIZ-IZARRA
OSI Araba	NORTE-ZUYA	CONSULTORIO DE RIBERA ALTA-POBES
OSI Araba		CONSULTORIO DE ZIGOITIA-GOPEGI
OSI Araba		CENTRO DE SALUD DE ZUIA-MURGIA
OSI Araba	OLAGUIBEL	AMBULATORIO DE OLAGUIBEL
OSI Araba	OLARIZU	CENTRO DE SALUD DE OLARIZU
OSI Araba	SALBURUA	CENTRO DE SALUD DE SALBURUA
OSI Araba	SAN MARTIN	CENTRO DE SALUD DE SAN MARTIN
OSI Araba	SANSOMENDI	CENTRO DE SALUD DE SANSOMENDI
OSI Araba		CONSULTORIO DE BERGUENDA
OSI Araba		CENTRO DE SALUD DE ESPEJO
OSI Araba		CONSULTORIO DE SALINAS DE AÑANA
OSI Araba	VALLES I	CONSULTORIO DE VALDEGOVIA
OSI Araba		CONSULTORIO DE PUENTELARRA
OSI Araba		CONSULTORIO DE FONTECHA
OSI Araba		CONSULTORIO DE LANTARON-SALCEDO
OSI Araba		CONSULTORIO DE RIBERA BAJA-RIVABELLOSA
OSI Araba	VALLES II	CONSULTORIO DE BERANTEVILLA
OSI Araba		CONSULTORIO DE PEÑACERRADA
OSI Araba		CONSULTORIO DE ZAMBRANA
OSI Araba	ZABALGANA	CENTRO DE SALUD DE ZABALGANA
OSI Araba	ZARAMAGA	CENTRO DE SALUD DE ZARAMAGA
OSI Araba	ZABALLA C.P.	CENTRO DE SALUD DE ZABALLA (CENTRO PENITENCARIO)
OSI Araba	PAC OLAGUIBEL	

OSI	UAP	
OSI Arabako Errioxa	VALLES II	CENTRO DE SALUD DE LABASTIDA
OSI Arabako Errioxa		CENTRO DE SALUD DE LAGUARDIA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE OYÓN
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE ELCIEGO
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE ELVILLAR
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE LANCIEGO
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE LAPUEBLA DE LABARCA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE LEZA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE MOREDA DE ÁLAVA
OSI Arabako Errioxa	RIOJA ALAVESA	CONSULTORIO DE NAVARIDAS
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE VILLABUENA DE ÁLAVA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE YÉCORA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE SAMANIEGO
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE BAÑOS DE EBRO
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE KRIKAN
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE LABRAZA
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE VINAISPRE
OSI Arabako Errioxa		CONSULTORIO DE BARRIOBUSTO

OSI	UAP	
OSI Bilbao-Basurto	BASURTO-ALTAMIRA	CENTRO DE SALUD DE BASURTO
OSI Bilbao-Basurto		CONSULTORIO DE ALTAMIRA
OSI Bilbao-Basurto	BEGOÑA	AMBULATORIO DE BEGOÑA
OSI Bilbao-Basurto	BOLUETA-SAGARMINAGA	CENTRO DE SALUD DE BOLUETA-SAGARMINAGA
OSI Bilbao-Basurto	BOMBERO - IRALA	AMBULATORIO DE BOMBERO-ETXANIZ
OSI Bilbao-Basurto	CASCO VIEJO (BILBAO)	CENTRO DE SALUD DE BILBAO-CASCO VIEJO
OSI Bilbao-Basurto	DEUSTO-ARANGOITI	AMBULATORIO DE DEUSTO
OSI Bilbao-Basurto	GAZTELEKU	CENTRO DE SALUD DE GAZTELEKU
OSI Bilbao-Basurto	INDAUTXU	AMBULATORIO DE DR. AREIZA
OSI Bilbao-Basurto	JAVIER SAENZ DE BURUAGA	CENTRO DE SALUD JAVIER SAENZ DE BURUAGA
OSI Bilbao-Basurto	LA PEÑA-IBAIALDE	CENTRO DE SALUD DE LA PEÑA
OSI Bilbao-Basurto	MINA DEL MORRO	CENTRO DE SALUD DE MINA DEL MORRO
OSI Bilbao-Basurto	MIRIBILLA- LA MERCED	CONSULTORIO DE LA MERCED
OSI Bilbao-Basurto	OTXARKOAGA	CENTRO DE SALUD DE MIRIBILLA
OSI Bilbao-Basurto	REKALDE	AMBULATORIO DE REKALDE
OSI Bilbao-Basurto	SAN ADRIAN-ZABALA	CENTRO DE SALUD DE SAN ADRIAN
OSI Bilbao-Basurto	SAN IGNACIO	CENTRO DE SALUD DE SAN IGNACIO
OSI Bilbao-Basurto	SANTUTXU-EL KARMELO	CENTRO DE SALUD DE SANTUTXU-EL KARMELO
OSI Bilbao-Basurto	SANTUTXU-SOLOKOETXE	AMBULATORIO DE SANTUTXU-SOLOKOETXE
OSI Bilbao-Basurto	TXURDINAGA	CENTRO DE SALUD DE TXURDINAGA
OSI Bilbao-Basurto	ZORROZA-ALONSOTEGI	CONSULTORIO DE ALONSOTEGI
OSI Bilbao-Basurto	ZURBARAN	CENTRO DE SALUD DE ZURBARAN
OSI Bilbao-Basurto	URBI BASAURI C.P.	CENTRO DE SALUD DE BASAURI-URBI (CENTRO PENITENCIARIO)
OSI Bilbao-Basurto	PAC Begoña	BILBAO
OSI Bilbao-Basurto	PUNTO DE REFUERZO Dr Areilza - Indautxu	BILBAO
OSI Bilbao-Basurto	PAC Rekalde	BILBAO
OSI Bilbao-Basurto	PAC Deusto	BILBAO

OSI	UAP	
OSI Barakaldo-Sestao	LA PAZ	CENTRO DE SALUD DE LA PAZ
OSI Barakaldo-Sestao		CONSULTORIO DE RETUERTO
OSI Barakaldo-Sestao	LUTXANA	CENTRO DE SALUD DE LUTXANA
OSI Barakaldo-Sestao	RONTEGUI	CENTRO DE SALUD DE RONTEGUI
OSI Barakaldo-Sestao	SAN VICENTE	CENTRO DE SALUD DE SAN VICENTE
OSI Barakaldo-Sestao	SESTAO KUETO	CENTRO DE SALUD DE KUETO
OSI Barakaldo-Sestao	SESTAO MARKONZAGA	AMBULATORIO DE MARKONZAGA
OSI Barakaldo-Sestao		CONSULTORIO DE LA IBERIA
OSI Barakaldo-Sestao	URBAN	CENTRO DE SALUD DE URBAN
OSI Barakaldo-Sestao	ZABALLA (A)	AMBULATORIO DE ZABALLA
OSI Barakaldo-Sestao	ZUAZO	CENTRO DE SALUD DE ZUAZO
OSI Barakaldo-Sestao	PAC Markonzaga - Sestao	SESTAO
OSI Barakaldo-Sestao	Punto de refuerzo H San Eloy - Barakaldo	BARAKALDO

Informe Situación Osakidetza

OSI	UAP	CENTRO
OSI Barrualde-Galdakao	ABADIÑO-ELORRIO-BERRIZ	CONSULTORIO DE ELORRIO
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE ABADIÑO-MATIENA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ABADIÑO-ZELAIETA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ATXONDO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE BERRIZ
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ZALDIBAR
OSI Barrualde-Galdakao	AIALA	CENTRO DE SALUD DE AMURRIO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ARTZINIEGA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE RESPALDIZA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ORDUNA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE LUIAONDO
OSI Barrualde-Galdakao	AMOREBIETA	CENTRO DE SALUD DE AMOREBIETA-ETXANO
OSI Barrualde-Galdakao	ARRATIA	CENTRO DE SALUD DE IGORRE
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE AREATZA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ARTEA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE BEDIA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE DIMA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE LEMOA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ZEANURI
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ARANTZAZU
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE ARRIGORRIAGA
OSI Barrualde-Galdakao	ARRIGORRIAGA	CONSULTORIO DE ARRANKUDIAGA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE UGAO-MIRABALLES
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ZEBERIO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ZARATAMO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ARKOTXA
OSI Barrualde-Galdakao	BASAURI-ARIZ	AMBULATORIO DE BASAURI-ARIZ
OSI Barrualde-Galdakao	BASAURI-KAREAGA	CENTRO DE SALUD DE KAREAGA
OSI Barrualde-Galdakao	BERMEO	CONSULTORIO DE BASAURI-SAN MIGUEL
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE BERMEO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MUNDAKA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE SUKARRIETA
OSI Barrualde-Galdakao	DURANGO	CENTRO DE SALUD DE DURANGO-LANDAKO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE IURRETA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MANARIA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE IZURTZA
OSI Barrualde-Galdakao	ETXEBAZTIA	CENTRO DE SALUD DE ETXEBARZIA
OSI Barrualde-Galdakao	GALDAKAO	AMBULATORIO DE GALDAKAO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE APERRIBAI
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE LARRABETZU
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE USANSOLO
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE GERNIKA
OSI Barrualde-Galdakao	GERNIKALDEA	CONSULTORIO DE MURETA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE BUSTURIA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE IBARRANGELU
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MENDATA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE EREÑO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE NABARNIZ
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ARRATZU
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ERIGOITI
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE GERNIKALDEA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE GAUTEGIZ DE ARTEAGA
OSI Barrualde-Galdakao	LEKEITIO	CONSULTORIO DE MUXIKA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ELANTXOBÉ
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE FORUA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE IBARRURI
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MORGÀ
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MUNITIBAR
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE GORORIZKA
OSI Barrualde-Galdakao	LLODIO	CENTRO DE SALUD DE LEKEITIO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE AMOROTO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE AULESTIA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE EA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ISPASTER
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE MENDEXA
OSI Barrualde-Galdakao	MARKINA-XEMEIN	CONSULTORIO DE GIZABURUAGA
OSI Barrualde-Galdakao		AMBULATORIO DE LLODIO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE OKONDO
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE OROZKO
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE MARKINA-XEMEIN
OSI Barrualde-Galdakao	ONDARROA	CONSULTORIO DE ETXEBAZTIA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE ZIORTZA-BOLIBAR
OSI Barrualde-Galdakao		CENTRO DE SALUD DE ONDARROA
OSI Barrualde-Galdakao		CONSULTORIO DE BERRIATUA
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Amorebieta	AMOREBIETA
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Durango-Landako	DURANGO
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Ondarroa	ONDARROA
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Lekeitio	LEKEITIO
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Bermeo	BERMEO
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Basauri-Ariz	BASAURI
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Llodio	LLODIO
OSI Barrualde-Galdakao	PAC Amurrio	AMURRIO

OSI	UAP	
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	ABANTO-MUSKIZ	CENTRO DE SALUD DE GALLARTA CONSULTORIO DE MUSKIZ CONSULTORIO DE LAS CARRERAS
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	BALMASEDA	CENTRO DE SALUD DE BALMASEDA CONSULTORIO DE ARTZENTALES-SAN MIGUEL CONSULTORIO DE CARRANZA CONSULTORIO DE LANESTOSA CONSULTORIO DE TRUCIOS CONSULTORIO DE ARTZENTALES-TRASLAVIÑA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	BUENAVISTA	CENTRO DE SALUD DE BUENAVISTA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	GUEÑES	CENTRO DE SALUD DE SODUDE CONSULTORIO DE GORDEXOLA CONSULTORIO DE GÜENES CONSULTORIO DE ZARAMILLO CONSULTORIO DE LA QUADRA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	ORTUELLA	AMBULATORIO DE ORTUELLA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PORTUGALETE CENTRO	CENTRO DE SALUD DE CASTAÑOS
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PORTUGALETE REPELEGA	AMBULATORIO DE REPELEGA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	SANTURTZI KABIEZES	AMBULATORIO DE KABIEZES
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	SANTURTZI MAMARIGA	CENTRO DE SALUD DE MAMARIGA CONSULTORIO DE ZIERBANA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	TRAPAGARAN	CENTRO DE SALUD DE TRAPAGARAN CONSULTORIO DE LA ARBOLEDA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	ZALLA	CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DE ZALLA CONSULTORIO DE GALDAMES-SAN ESTEBAN CONSULTORIO DE ARANGUREN CONSULTORIO DE SOPUERTA-LA BALUGA CONSULTORIO DE GALDAMES-SAN PEDRO CONSULTORIO DE SOPUERTA-MERCADILLO
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	Punto de Refuerzo Ortuella	ORTUELLA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PAC Balmaseda	BALMASEDA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	Guardias Carranza	KARRANTZA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PAC Zalla	ZALLA
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PAC H San Juan de Dios (Centro concertado con Osakidetza)	SANTURTZI

OSI	UAP	
OSI Uribe	ALANGO	CENTRO DE SALUD DE ALANGO
OSI Uribe	ALGORTA	CENTRO DE SALUD DE ALGORTA
OSI Uribe	ASTRABUDUA	CENTRO DE SALUD DE ASTRABUDUA
OSI Uribe	ERANDIO	CENTRO DE SALUD DE ERANDIO CONSULTORIO DE ERANDIOGOIKOA
OSI Uribe	GORLIZ-PLENTZIA	CENTRO DE SALUD DE GORLIZ CONSULTORIO DE PLENTZIA CONSULTORIO DE LEMOIZ
OSI Uribe	MUNGIA	CONSULTORIO DE ARMINTZA CONSULTORIO DE BARRIKA
OSI Uribe	LAS ARENAS	AMBULATORIO DE LAS ARENAS
OSI Uribe	LEIOA	CENTRO DE SALUD DE LEIOA
OSI Uribe	SOPELANA	CENTRO DE SALUD DE MUNGIA CONSULTORIO DE FRIIZ CONSULTORIO DE MARURI CONSULTORIO DE ARRIETA CONSULTORIO DE BAKIO CONSULTORIO DE FIKA CONSULTORIO DE GAMIZ CONSULTORIO DE GATIKA CONSULTORIO DE LAUKIZ CONSULTORIO DE MEÑAKA CONSULTORIO DE BERANGO CENTRO DE SALUD DE SOPELA CONSULTORIO DE URDLIZ
OSI Uribe	TXORIHERRI	CENTRO DE SALUD DE DERIO CONSULTORIO DE ZAMUDIO CONSULTORIO DE LOIU CONSULTORIO DE SONDIKA CONSULTORIO DE LEZAMA
OSI Uribe	PAC Las Arenas	LAS ARENAS
OSI Uribe	PAC Mungia	MUNGIA
OSI Uribe	PAC Gorliz	GORLIZ

Informe Situación Osakidetza

OSI	UAP	
OSI Bidasoa	DUMBOA	CENTRO DE SALUD DE DUNBOA
OSI Bidasoa	HONDARRIBIA	CENTRO DE SALUD DE HONDARRIBIA
OSI Bidasoa	IRUN - CENTRO	AMBULATORIO DE IRUN CENTRO
OSI Bidasoa	PAC Irun - Centro	IRUN

OSI	UAP	
OSI Debagoina	ARRASATE	CENTRO DE SALUD DE ARRASATE
OSI Debagoina		CONSULTORIO DE ARAMAIO
OSI Debagoina		CENTRO DE SALUD DE BERGARA
OSI Debagoina	BERGARA	CONSULTORIO DE ELGETA
OSI Debagoina		CONSULTORIO DE ANTZUOLA
OSI Debagoina	OÑATI	CENTRO DE SALUD DE OÑATI
OSI Debagoina		CENTRO DE SALUD DE ARETXABAleta
OSI Debagoina	VALLE DE LENIZ	CONSULTORIO DE ESKORIATZA
OSI Debagoina		CONSULTORIO DE LEINTZ-GATZAGA
OSI Debagoina	PAC Bergara	BERGARA

OSI	UAP	
OSI Debabarrena		CENTRO DE SALUD DE DEBA
OSI Debabarrena	DEBA	CONSULTORIO DE MUTRIKU
OSI Debabarrena		CONSULTORIO DE ITZIAR
OSI Debabarrena	EIBAR	AMBULATORIO DE EIBAR
OSI Debabarrena		CENTRO DE SALUD DE EIGOIBAR
OSI Debabarrena	ELGOIBAR	CONSULTORIO DE SORALIZE
OSI Debabarrena		CONSULTORIO DE MENDARO
OSI Debabarrena	ERMUA	CENTRO DE SALUD DE ERMUA
OSI Debabarrena		CONSULTORIO DE MALLABIA
OSI Debabarrena	TORREKUA	CENTRO DE SALUD DE TORREKUA
OSI Debabarrena	PAC H Eibar	EIBAR

OSI	UAP	
OSI Goierri-Alto Urola	AZKOITIA	CENTRO DE SALUD DE AZKOITIA
OSI Goierri-Alto Urola		AMBULATORIO DE AZPEITIA
OSI Goierri-Alto Urola	AZPEITIA	CONSULTORIO DE ERREZIL
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE URRESTILLA
OSI Goierri-Alto Urola		AMBULATORIO DE BEASAIN
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE MUTILOA
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE ORMAIZTEGI
OSI Goierri-Alto Urola	BEASAIN	CONSULTORIO DE SEGURA
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE IDIAZABAL
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE ZEGAMA
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE ZERAIN
OSI Goierri-Alto Urola		CENTRO DE SALUD DE LAZKAO
OSI Goierri-Alto Urola	LAZKAO	CONSULTORIO DE ATAUN-SAN GREGORIO
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE ATAUN-SAN MARTIN
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE OLABERRIA
OSI Goierri-Alto Urola	LEGAZPI	CENTRO DE SALUD DE LEGAZPI
OSI Goierri-Alto Urola		CENTRO DE SALUD DE ORDIZIA
OSI Goierri-Alto Urola	ORDIZIA	CONSULTORIO DE ITASONDONDO
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE ZALDIBIA
OSI Goierri-Alto Urola		CENTRO DE SALUD DE ZUMARRAGA
OSI Goierri-Alto Urola	ZUMARRAGA	CONSULTORIO DE EZKIO-ITSASO
OSI Goierri-Alto Urola		CONSULTORIO DE GABIRIA
OSI Goierri-Alto Urola	PAC Azpeitia	AZPEITIA
OSI Goierri-Alto Urola	PAC Beasain	BEASAIN
OSI Goierri-Alto Urola	Punto de refuerzo Zumarraga	ZUMARRAGA

OSI	UAP	
OSI Donostialdea	AIETE	CENTRO DE SALUD DE AIETE
OSI Donostialdea	ALDE ZAHARRA	CENTRO DE SALUD DE ALDE ZAHARRA
OSI Donostialdea	ALZA - ROTETA	CENTRO DE SALUD DE ALTZA
OSI Donostialdea	AMARA BERRI	AMBULATORIO DE AMARA BERRI
OSI Donostialdea	AMARA CENTRO	CENTRO DE SALUD DE AMARA CENTRO
OSI Donostialdea	BIDEBIETA	CENTRO DE SALUD DE BIDEBIETA
OSI Donostialdea	EGIA	CENTRO DE SALUD DE EGIA
OSI Donostialdea	ERRENTERIA - BERAUN	CENTRO DE SALUD DE ERRENTERIA - BERAUN
OSI Donostialdea	ERRENTERIA - IZTIETA	CENTRO DE SALUD DE ERRENTERIA - IZTIETA
OSI Donostialdea	GROS	AMBULATORIO DE GROS
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE ASTIGARRAGA
OSI Donostialdea	HERNANI - URNIETA - ASTIGARRAGA	CENTRO DE SALUD DE HERNANI
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE URNIETA
OSI Donostialdea	INTXAURRONDO	CENTRO DE SALUD DE INTXAURRONDO
OSI Donostialdea	LASARTE - USURBIL	CENTRO DE SALUD DE LASARTE - ORIA
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE USURBIL
OSI Donostialdea	LEZO - PASAI DONIBANE	CENTRO DE SALUD DE LEZO
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE PASAI DONIBANE
OSI Donostialdea	LOIOLA	CENTRO DE SALUD DE LOIOLA
OSI Donostialdea	OIARTZUN	CENTRO DE SALUD DE OIARTZUN
OSI Donostialdea	ONDARRETA	CENTRO DE SALUD DE ONDARRETA
OSI Donostialdea	PASAI ANTZO	CENTRO DE SALUD DE PASAI ANTZO
OSI Donostialdea	PASAI SAN PEDRO	AMBULATORIO DE PASAI SAN PEDRO
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE AIA
OSI Donostialdea	ZARAUTZ - ORIO - AIA	CONSULTORIO DE ORIO
OSI Donostialdea		AMBULATORIO DE ZARAUTZ
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE GETARIA
OSI Donostialdea	ZUMAI - ZESTOA - GETARIA - AI	CONSULTORIO DE ZESTOA
OSI Donostialdea		CENTRO DE SALUD DE ZUMAI
OSI Donostialdea		CONSULTORIO DE AIZARNAZABAL
OSI Donostialdea	MARTUTENE C.P.	CENTRO DE SALUD DE MARTUTENE (CENTRO PENITENCIARIO)
OSI Donostialdea	PAC Donostia	DONOSTIA
OSI Donostialdea	PUNTO DE REFUERZO Gros	DONOSTIA
OSI Donostialdea	PUNTO DE REFUERZO Amara Berri	DONOSTIA
OSI Donostialdea	PAC Errenteria - Iztietz	RENTERIA
OSI Donostialdea	PAC Hernani	HERNANI
OSI Donostialdea	PAC Zarautz	ZARAUTZ

OSI	UAP	
OSI Tolosaldea		CENTRO DE SALUD DE ALEGIA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE AMEZKETA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE LEGORRETA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE BIDANIA - GOIATZ
OSI Tolosaldea	ALEGIA	CONSULTORIO DE ABALTSIKETA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE ALBIZTUR
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE BAIARRAIN
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE BEIZAMA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE IKASTEGIETA
OSI Tolosaldea	ANDOAIN	CENTRO DE SALUD DE ANDOAIN
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE ANOETA
OSI Tolosaldea	BILLABONA	CENTRO DE SALUD DE VILLABONA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE ASTEASU
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE IRURA
OSI Tolosaldea		CENTRO DE SALUD DE IBARRA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE BERATEGI
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE LIZARTZA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE BELAUNTZA
OSI Tolosaldea	IBARRA	CONSULTORIO DE BERROBI
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE ELDUAIN
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE GAZTELU
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE LEABURU
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE OREXA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE TXARAMA
OSI Tolosaldea	TOLOSA	AMBULATORIO DE TOLOSA
OSI Tolosaldea		CONSULTORIO DE AMAROZ
OSI Tolosaldea	PAC Tolosa	TOLOSA

Listado de PAC y Puntos de Refuerzo de Atención Primaria

Osakidetza dispone de **29 Puntos de Atención Continuada (PAC) y 6 Puntos de Refuerzo (PR)**.

Listado de PAC y PR por Territorio y OSI:

PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) Y PUNTOS DE REFUERZO DE OSAKIDETZA			
TERRITORIO	OSI	PAC	UBICACIÓN (Localidad)
ARABA	OSI ARABA	PAC Olaguibel	VITC GAS
BIZKAIA	OSI BILBAO-BASURTO	PAC Begoña	BIL
		Punto de Refuerzo Dr Areilza - Indautxu	BIL
		PAC Rekalde	BIL
		PAC Deusto	BIL
	OSI BARRUALDE-GALDAKAO	PAC Amorebieta	AMOR
		PAC Durango-Landako	DUR
		PAC Ondarroa	OND
		PAC Lekeitio	LEKI
		PAC Bermeo	BER
		PAC Basauri-Ariz	BAS
		PAC Llodio	LLD
		PAC Amurrio	AMU
	OSI BARAKALDO-SESTAO	PAC Markonzaga - Sestao	SES
		Punto de Refuerzo H San Eloy - Barakaldo	BARAI
	OSI EZKERRALDE-ENKARTERRI-CRUCES	Punto de Refuerzo Ortuella	ORTU
		PAC Balmaseda	BALM
		Guardias Karranza	KARRA
		PAC Zalla	ZA
		PAC H San Juan de Dios	SANT
	OSI URIBE	PAC Las Arenas	LAS AI
		PAC Mungia	MUI
		PAC Gorliz	GOI
GIPUZKOA	OSI BIDASOA	PAC Irun - Centro	IR
	OSI DEBAGOIENA	PAC Bergara	BER
	OSI DEBABARRENA	PAC H Eibar	EIB
	OSI GOIERRI-UROLA-GARAIA	PAC Azpeitia	AZP
		PAC Beasain	BEA
		Punto de Refuerzo Zumarraga	ZUMA
		PAC Donostia	DON
	OSI DONOSTIALDEA	Punto de Refuerzo Gros	DON
		Punto de Refuerzo Amara Berri	DON
		PAC Errenteria-Iztieta	REN
		PAC Hernani	HER
		PAC Zarautz	ZAR
	OSI TOLOSALDEA	PAC Tolosa	TOL

Punto de Atención Continuada (PAC): prestan generalmente atención fuera del horario habitual de los centros de salud de Atención Primaria y garantizan a personas con problemas de salud, tanto agudos y crónicos, la continuidad de la atención. Los PAC ofrecen a personas adultas y niñas y niños dos modalidades de atención: programada y no programada (indemodable o urgente). Esta atención puede ser prestada tanto desde el propio centro, de forma presencial o no presencial, como en los domicilios de la ciudadanía.

Punto de Refuerzo (PR): prestan atención fuera del horario habitual de los centros de salud de Atención Primaria, garantizando la continuidad de la atención. Estos puntos de refuerzo mantienen la asistencia en épocas de mayor demanda asistencial, y siempre que sea posible su cobertura con profesionales sanitarios.

ANEXO V: PLAZAS POR ESPECIALIDAD

Especialidad	Total Plazas
Total ALERGOLOGÍA	39
Total ANÁLISIS CLÍNICOS	99
Total ANATOMÍA PATOLÓGICA	80
Total ANESTESIOL. Y REANIMACIÓN	455
Total ANGIOL.CIRUGÍA VASCULAR	50
Total APARATO DIGESTIVO	165
Total BIOQUÍMICA CLÍNICA	14
Total CARDIOLOGÍA	174
Total CIR. ORAL Y MAXILOFACIAL	34
Total CIR. ORTOPED. Y TRAUMATOL.	271
Total CIR. PLAST., EST. Y REPAR	29
Total CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	13
Total CIRUGÍA GEN. AP.DIGESTIVO	237
Total CIRUGÍA PEDIÁTRICA	20
Total CIRUGÍA TORÁCICA	15
Total CUIDADOS PALLIATIVOS	14
Total DERMAT. MED. QUIR. VENER.	76
Total EMERGENCIAS	99
Total ENDOCRINOLÓGIA/NUTRICIÓN	76
Total ENFERMEDADES INFECCIOSAS	35
Total EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA	9
Total ESTOMATOLOGÍA	52
Total FARMACIA AT. PRIMARIA	39
Total FARMACIA HOSPITALARIA	142
Total FARMACOLOGÍA CLÍNICA	4
Total GERIATRÍA	9
Total HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	123
Total HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO	101
Total INMUNOLOGÍA	16
Total MED. FAMILIAR COMUNITARIA	1796
Total MED. FÍSICA Y REHABILITAC	111
Total MED. PREV. SALUD PÚBLICA	25
Total MEDICINA DEL TRABAJO	37
Total MEDICINA INTENSIVA	100
Total MEDICINA INTERNA	243
Total MEDICINA NUCLEAR	25
Total MICROBIOLOGÍA/PARASITOL.	64
Total NEFROLOGÍA	67
Total NEUMOLOGÍA	122
Total NEUROCIRUGÍA	35
Total NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	30
Total NEUROLOGÍA	137
Total OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	267
Total OFTALMOLOGÍA	192
Total ONCOLOGÍA MÉDICA	74
Total ONCOLOGÍA RADIOTERAPIA	39
Total OTORRINOLARINGOLOGÍA	106
Total PEDIATRÍA AT. PRIMARIA	335
Total PEDIATRÍA HOSPITALARIA	235
Total PSICOLOGÍA CLÍNICA	152
Total PSIQUIATRÍA	300
Total PSIQUIATRÍA INFANTIL	53
Total RADIODIAGNÓSTICO	262
Total RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	33
Total REUMATOLOGÍA	53
Total U.G.S.	73
Total UNIDAD INVESTIGACIÓN	24
Total URGENCIAS HOSPITALARIAS	433
Total UROLOGÍA	112
Total Osakidetza	8099

7.

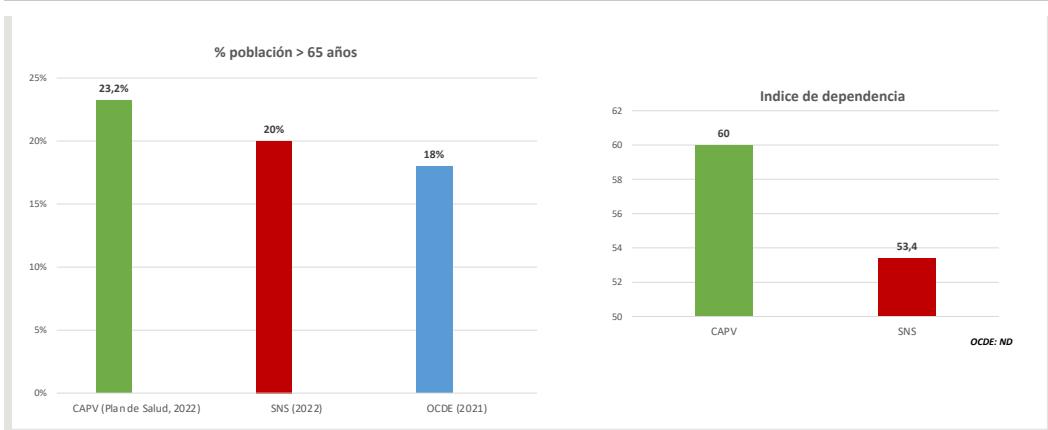
Def. Comparativa de Indicadores

Descripción

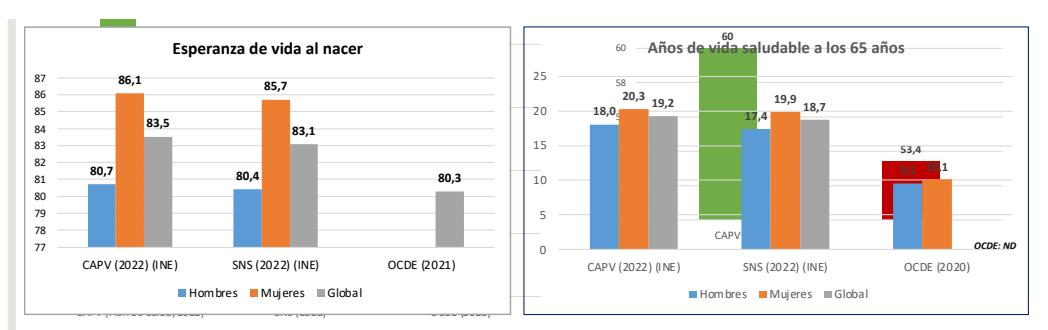
- Este documento recoge una comparativa de indicadores clave relacionados con diferentes aspectos de la atención sanitaria, mostrando resultados de la CAPV comparados con el Sistema Nacional de Salud u otros servicios de salud del Estado y con indicadores recogidos en el informe de la OCDE cuando los resultados puedan ser comparables.

1. Envejecimiento de la población

Mortalidad intrahospitalaria postinfarto



Esperanza de vida al nacer y años de vida saludable a los 65 años



Los años de vida saludable esperados a los 65 años es de 19,2 en el CAPV respecto a lo 9,8 en la OCDE

Def. Comparativa de indicadores

Esperanza de vida al nacer y a los 65 años según sexo por comunidad autónoma (dato 2022)

	Esperanza de vida al nacer			Esperanza de vida a los 65 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	81,9	79,2	84,5	20,1	18,2	21,8
Aragón	83,1	80,2	85,9	21,1	19,0	23,1
Asturias, Principado de	82,5	79,7	85,1	20,9	18,7	22,9
Baleares, Illes	82,9	80,2	85,6	20,7	18,8	22,6
Canarias	81,8	79,3	84,3	20,1	18,3	21,8
Cantabria	83,1	80,4	85,6	21,0	18,8	23,0
Castilla y León	83,7	81,0	86,5	21,7	19,6	23,7
Castilla-La Mancha	83,3	80,9	85,8	21,2	19,4	22,9
Cataluña	83,5	80,8	86,1	21,4	19,3	23,2
Comunitat Valenciana	82,5	79,8	85,1	20,6	18,7	22,4
Extremadura	82,4	79,8	85,1	20,5	18,4	22,4
Galicia	83,2	80,4	86,0	21,4	19,3	23,4
Madrid, Comunidad de	84,8	82,1	87,1	22,4	20,3	24,1
Murcia, Región de	82,1	79,3	84,9	20,2	18,3	22,0
Navarra, Comunidad Foral de	83,9	81,1	86,7	21,7	19,5	23,6
País Vasco	83,5	80,7	86,1	21,5	19,3	23,4
Rioja, La	83,2	80,5	86,0	21,3	19,3	23,2
Ceuta	79,7	78,0	81,5	18,4	17,2	19,6
Melilla	81,6	79,2	83,8	19,8	17,9	21,5
España	83,1	80,4	85,7	21,1	19,1	23,0

La esperanza de vida es ligeramente superior en el País Vasco respecto a la media del estado. Tanto al nacer como a los 65 años.

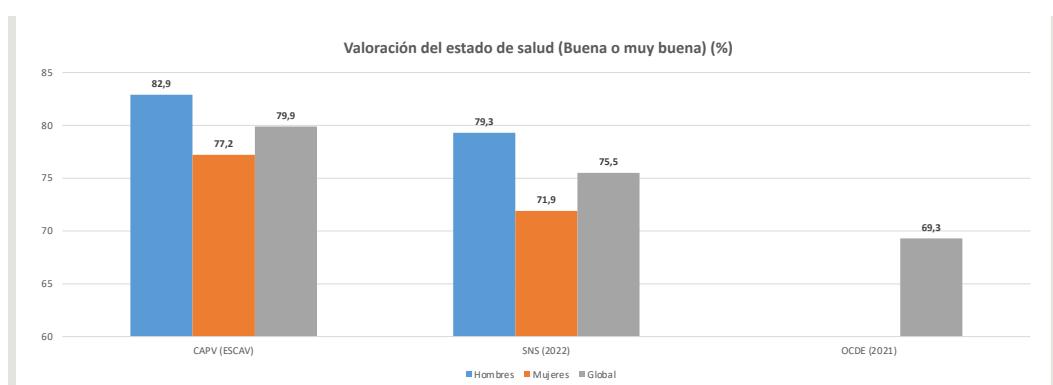
Años de vida saludables (datos 2021)

	Años de vida saludable al nacer			Años de vida saludable a los 65 años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Andalucía	78,7	77,0	80,5	17,6	16,8	18,2
Aragón	80,5	78,5	82,2	18,9	17,6	19,8
Asturias, Principado de	78,7	77,1	80,2	18,4	16,8	19,8
Baleares, Illes	80,1	79,4	81,0	19,1	19,0	19,4
Canarias	79,0	77,6	80,9	18,8	18,6	19,2
Cantabria	79,1	77,1	80,9	18,4	17,0	19,6
Castilla y León	80,2	77,7	83,0	19,9	17,8	22,1
Castilla-La Mancha	80,9	78,8	83,1	19,8	18,0	21,5
Cataluña	80,7	77,9	83,4	19,8	17,8	21,6
Comunitat Valenciana	77,8	76,2	79,3	17,8	17,1	18,5
Extremadura	80,6	78,1	83,1	18,9	17,0	20,4
Galicia	78,1	76,0	80,3	18,4	16,9	20,0
Madrid, Comunidad de	80,1	78,2	81,8	19,3	17,7	20,6
Murcia, Región de	77,7	76,6	79,0	16,4	15,6	17,2
Navarra, Comunidad Foral de	80,9	78,4	83,3	19,6	17,3	21,8
País Vasco	80,8	79,2	82,4	19,2	18,0	20,3
Rioja, La	79,6	78,0	80,9	19,1	18,2	19,7
Ceuta y Melilla	68,6	70,3	67,1	13,2	13,7	12,9
España	79,4	77,4	81,4	18,7	17,4	19,9

La esperanza de vida es ligeramente superior en el País Vasco respecto a la media del estado. Tanto al nacer como a los 65 años.

2. Estado de salud autopercibido

Valoración del estado de salud

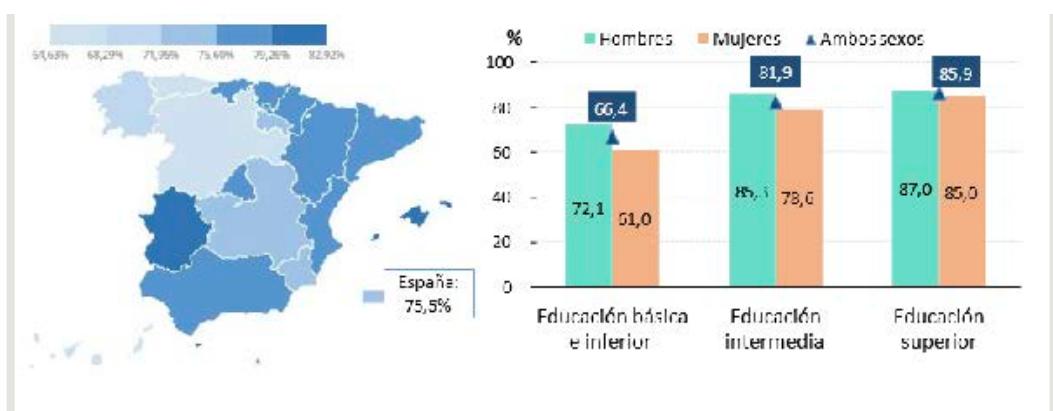


Valoración del estado de salud comparativa

Gráfico 3-3

Percepción positiva del estado de salud, según comunidad autónoma y según sexo y nivel de estudios. España, 2022¹².

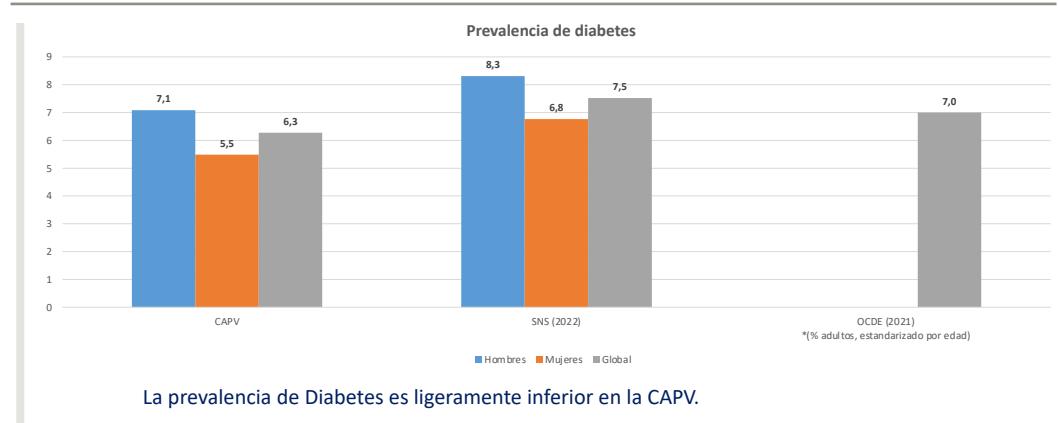
PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD.



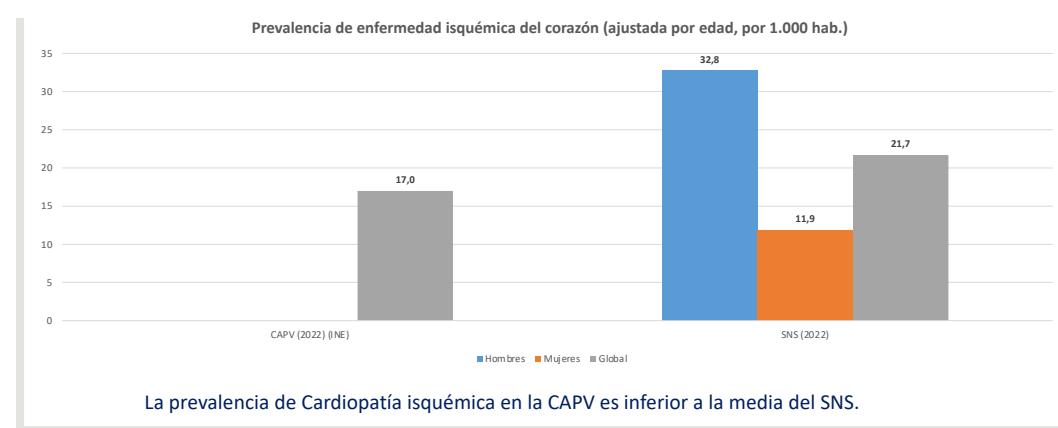
El porcentaje de españoles que valora positivamente su estado de salud está ligeramente por encima de la media europea (UE: 67,8%).

3. Enfermedades prevalentes

Diabetes



Cardiopatía isquémica



Cardiopatía isquémica comparativa

Gráfico 3-5

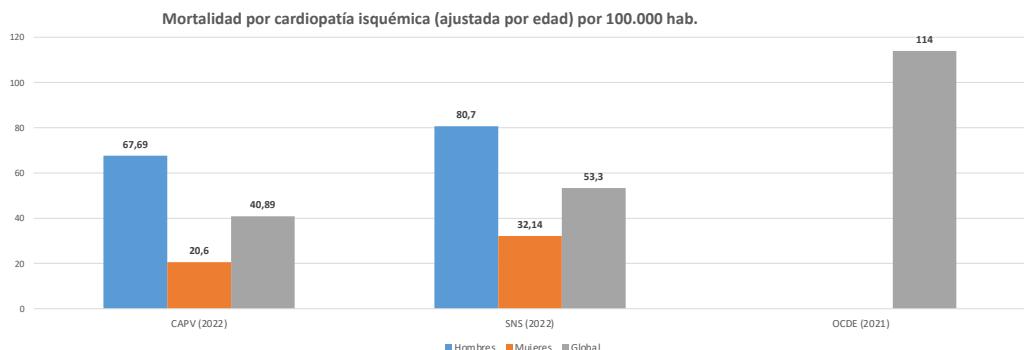
Prevalencia de cardiopatía isquémica registrada por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad y según comunidad autónoma. España, 2022¹⁸.

ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN



La prevalencia de la C. Isquémica en la CAPV es menor que la media estatal

Mortalidad por cardiopatía isquémica



La mortalidad por Cardiopatía isquémica en la CAPV es inferior a la media del SNS.

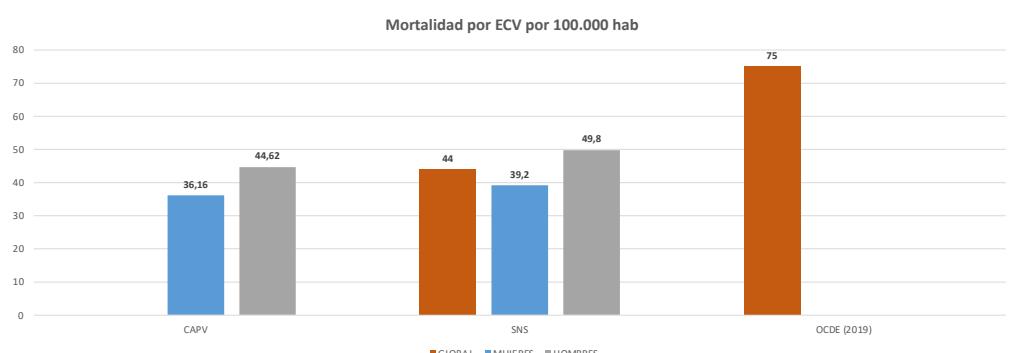
Mortalidad intrahospitalaria postinfarto

Gráfico 5-31

Mortalidad intrahospitalaria postinfarto por cada 100 altas en hospitales del SNS, según sexo y comunidad autónoma. España, 2022²²².



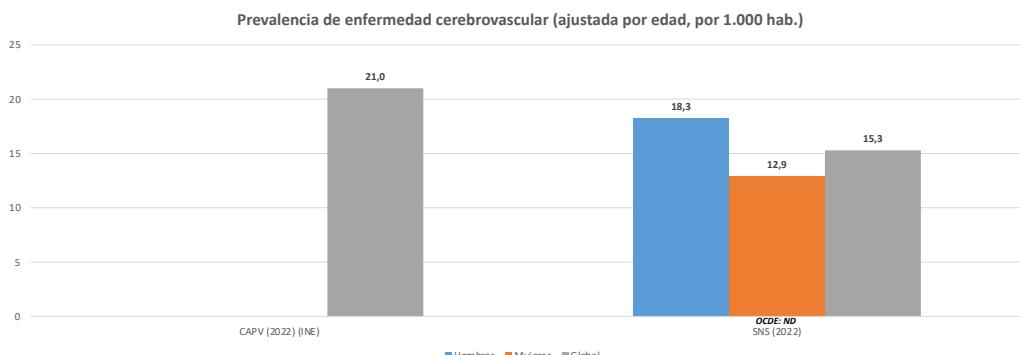
Mortalidad por enfermedad cardiovascular



La mortalidad por enfermedad cardiovascular en la CAPV es inferior a la media del SNS.

Def. Comparativa de indicadores

Enfermedad cerebrovascular



La prevalencia de la enfermedad cerebrovascular en la CAPV es muy superior a la media del SNS.

Enfermedad cerebrovascular comparativa

Gráfico 3-7

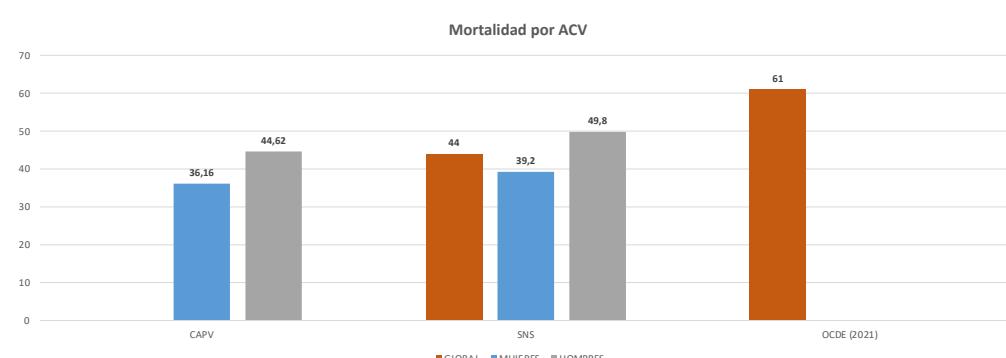
Prevalencia de enfermedad cerebrovascular registrada por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad y según comunidad autónoma. España, 2022¹⁹.

ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN



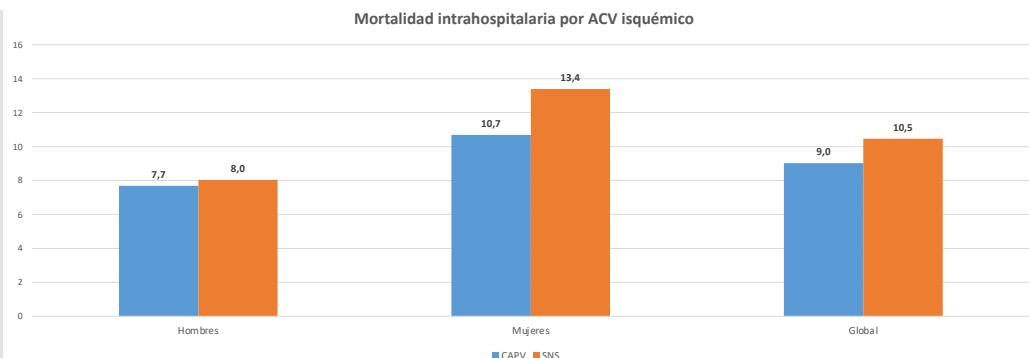
La prevalencia de la enfermedad cerebrovascular es de las mas altas del estado.

Mortalidad por ACV



La mortalidad es menor a pesar de a prevalencia de la enfermedad cerebrovascular.

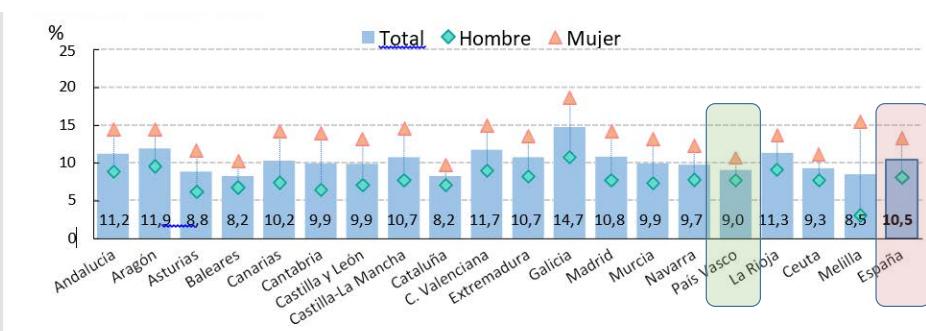
Mortalidad intrahospitalaria por ACV isquémico



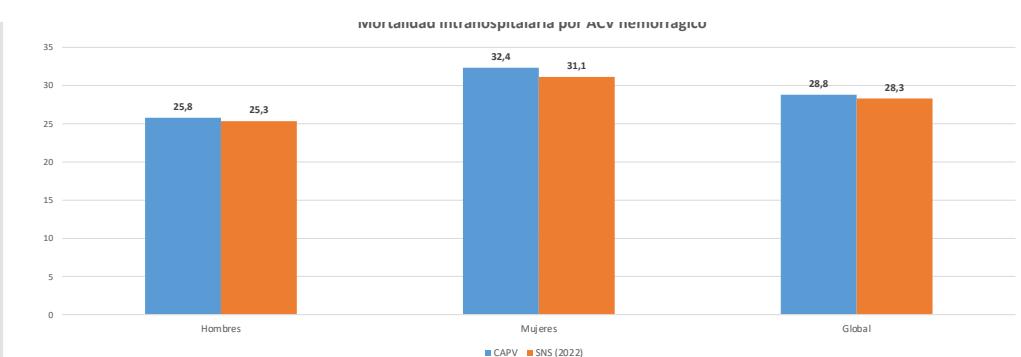
La mortalidad intrahospitalaria por ACV isquémico en la CAPV es inferior a la media del SNS y de los países de la OCDE.

Mortalidad intrahospitalaria por ACV isquémico comparativa

Gráfico 5-33
Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular isquémico según sexo y comunidad autónoma. España, 2022¹²⁵.



Mortalidad intrahospitalaria por ACV hemorrágico



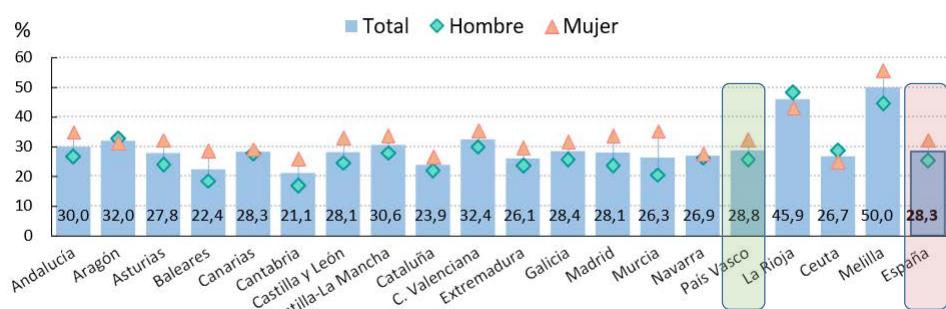
La mortalidad intrahospitalaria por ACV Hemorrágico en la CAPV es inferior a la media del SNS y de los países de la OCDE.

Def. Comparativa de indicadores

Mortalidad intrahospitalaria por ACV hemorrágico comparativa

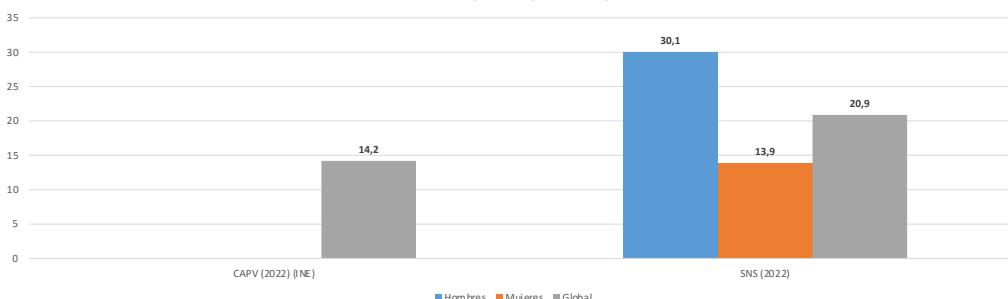
Gráfico 5-34

Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular hemorrágico, según sexo y comunidad autónoma. España, 2022¹²⁵.



Prevalencia EPOC

Prevalencia de EPOC (ajustada por edad, por 1.000 hab.)

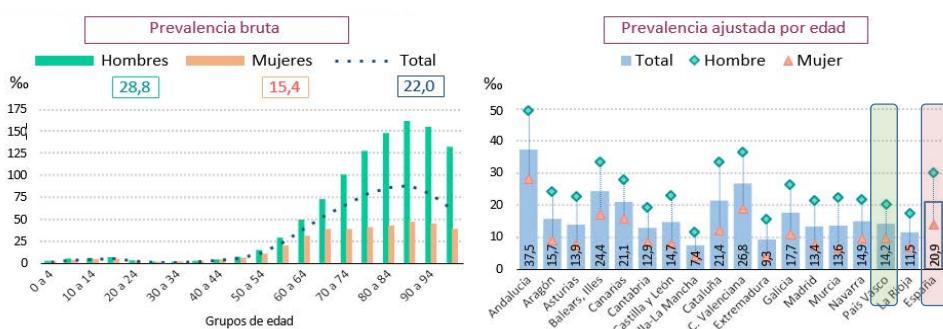


La prevalencia de EPOC en la CAPV es inferior a la media del SNS.

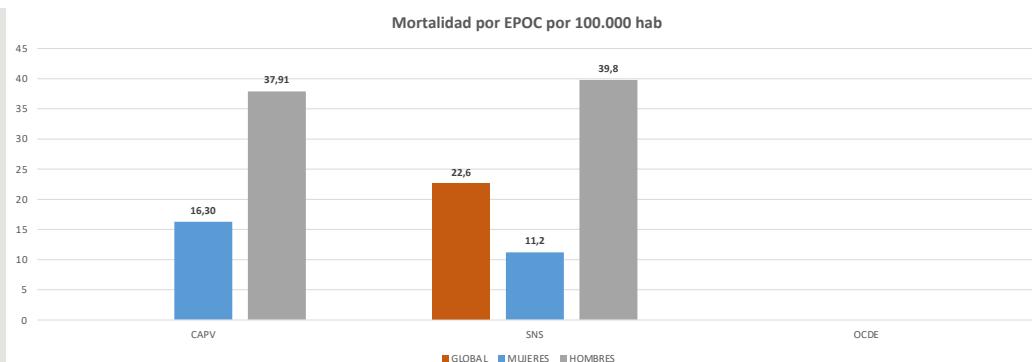
Prevalencia EPOC comparativa

Gráfico 3-17

Prevalencia de EPOC, registrada por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022²⁹.



Mortalidad EPOC



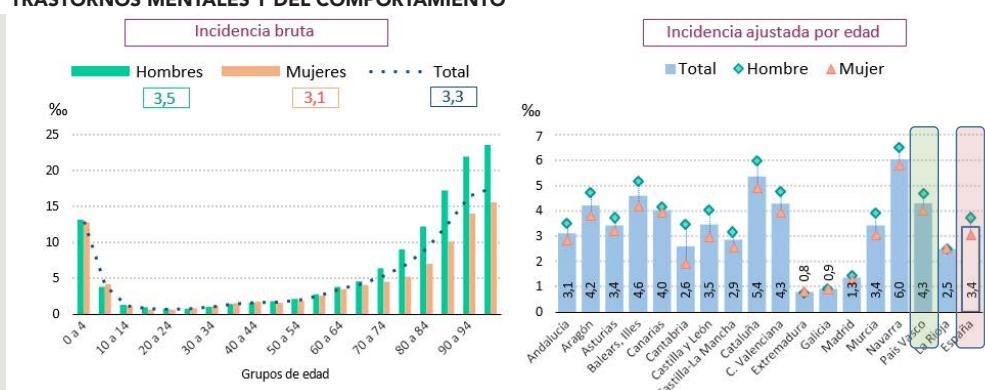
La mortalidad intrahospitalaria por EPOC en la CAPV es inferior a la media del SNS.

Incidencia neumonía (excepto COVID) comparativa

Gráfico 3-15

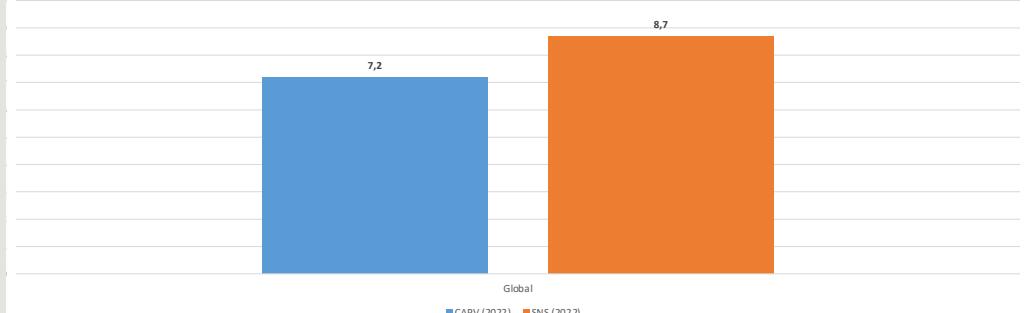
Incidencia de neumonía, registrada por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad e incidencia ajustada por edad según sexo y comunidad autónoma. España, 2022^{27,18}.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO



Mortalidad hospitalaria por neumonía

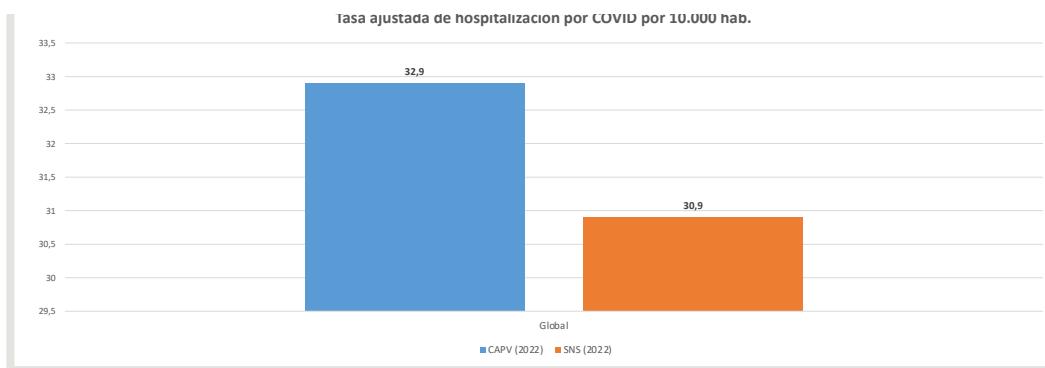
Mortalidad hospitalaria por neumonía por cada 100 altas



La mortalidad hospitalaria por neumonía en la CAPV es inferior a la media del SNS.

Def. Comparativa de indicadores

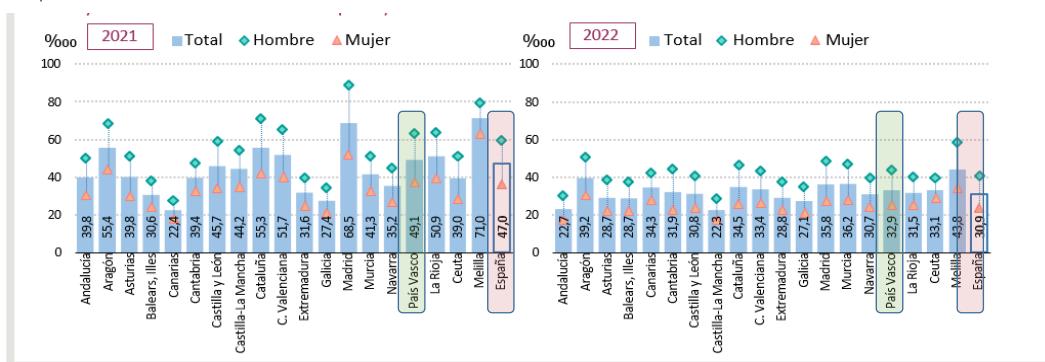
Hospitalización COVID



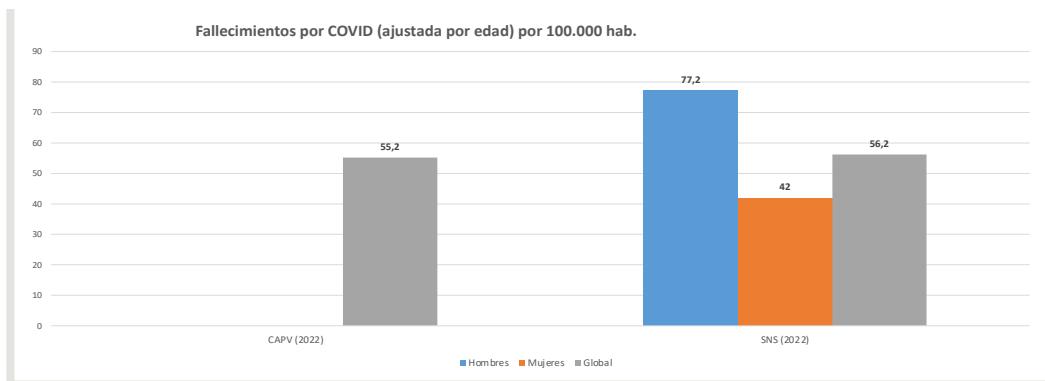
Hospitalización COVID comparativa

Gráfico 3-20

Tasa ajustada por edad de hospitalización por COVID-19 por 10.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³¹.



Mortalidad por COVID

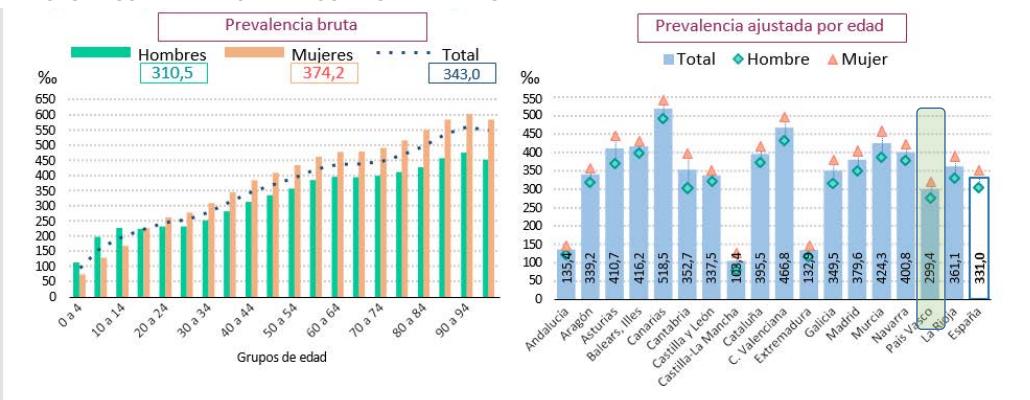


Enfermedad mental

Gráfico 3-21

Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento registrados por 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³².

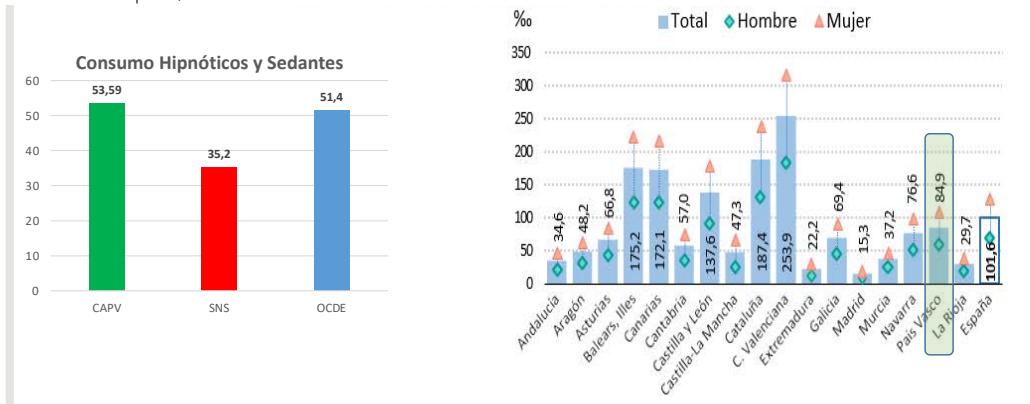
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO



Consumo de hipnóticos y sedantes

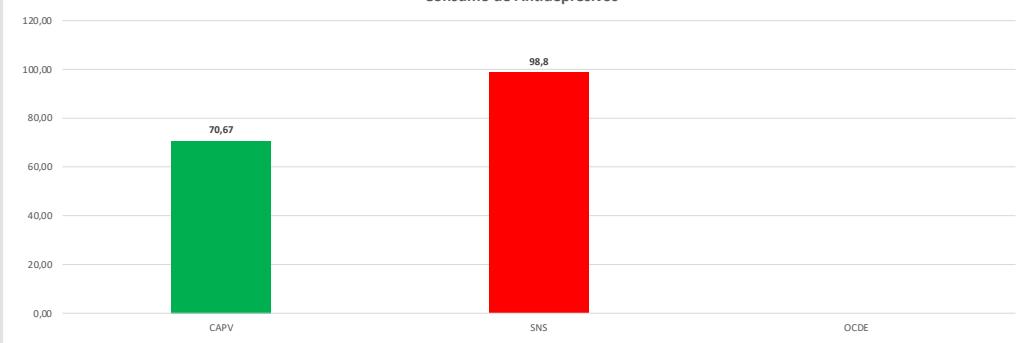
Gráfico 3-26

Prevalencia ajustada por edad de trastornos de anisiedad registrados por 1.000 habitantes, según sexo y comunidad autónoma. España, 2022³⁴.

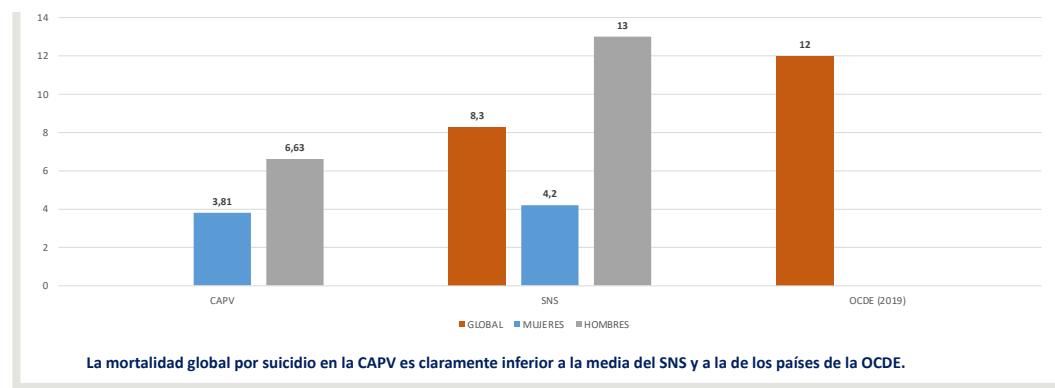


Consumo de antidepresivos

Consumo de Antidepresivos

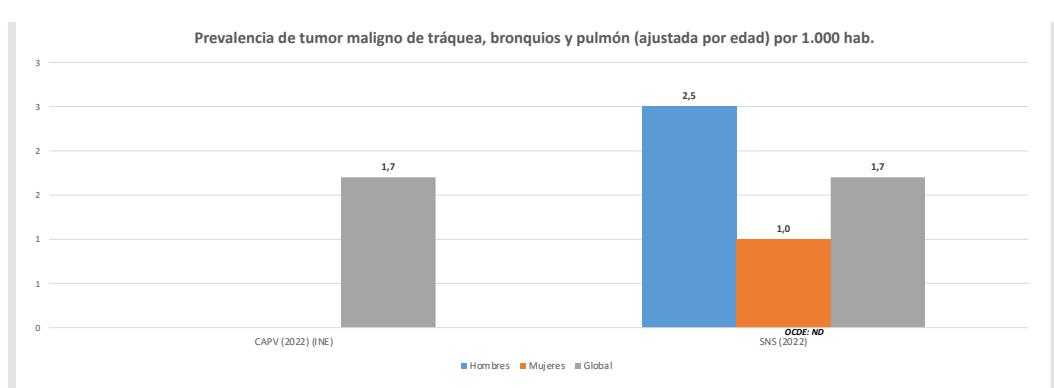


Mortalidad por suicidio



4. Cáncer

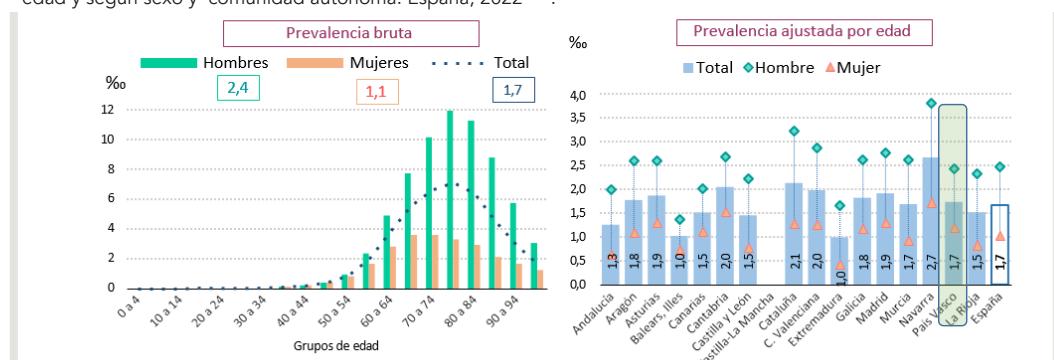
Prevalencia tumor laringe, bronquio, pulmón.



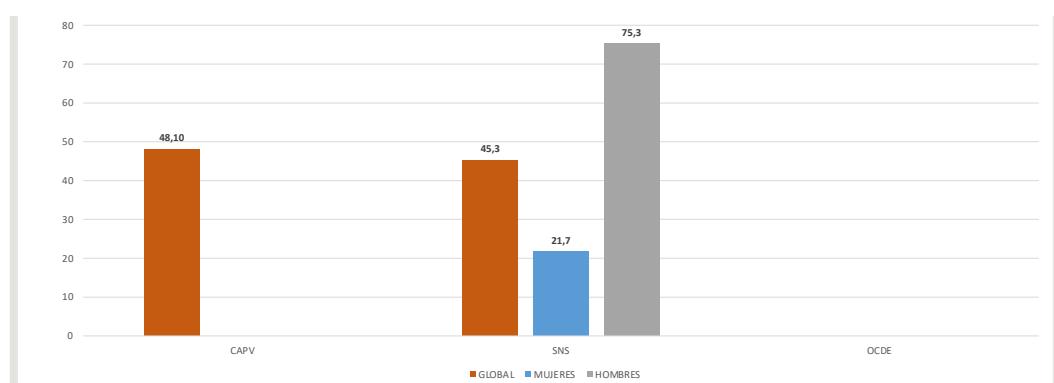
Prevalencia tumor laringe, bronquio, pulmón.

Gráfico 3-26

Prevalencia de tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón registrados po 1.000 habitantes, según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022^{20,21}.



Mortalidad cáncer de pulmón

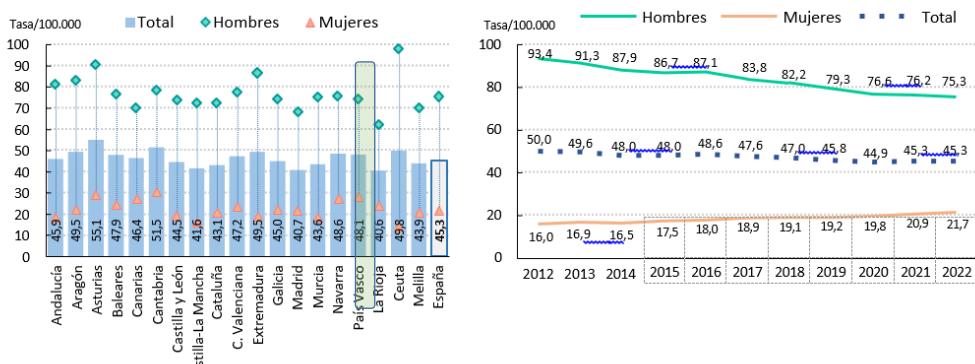


Def. Comparativa de indicadores

Mortalidad ajustada Ca. Tráquea-bronquio-pulmón

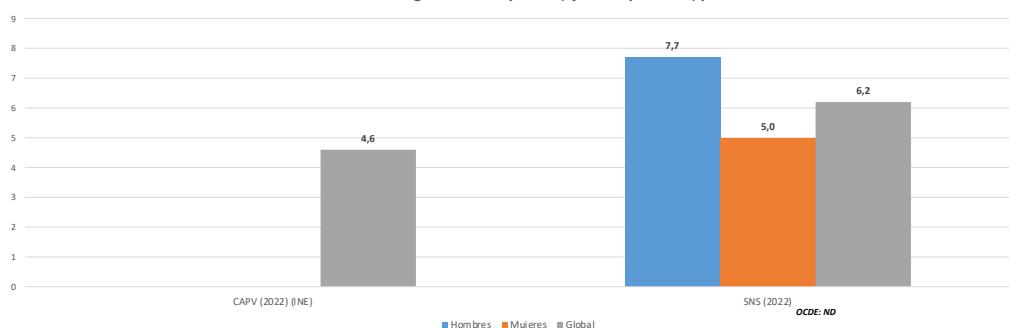
Gráfico 3-36

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón por 100.000 habitantes. España, 2022 según sexo y comunidad autónoma⁴⁰.



Prevalencia tumor colon y recto

Prevalencia de tumor maligno de colon y recto (ajustada por edad) por 1.000 hab.

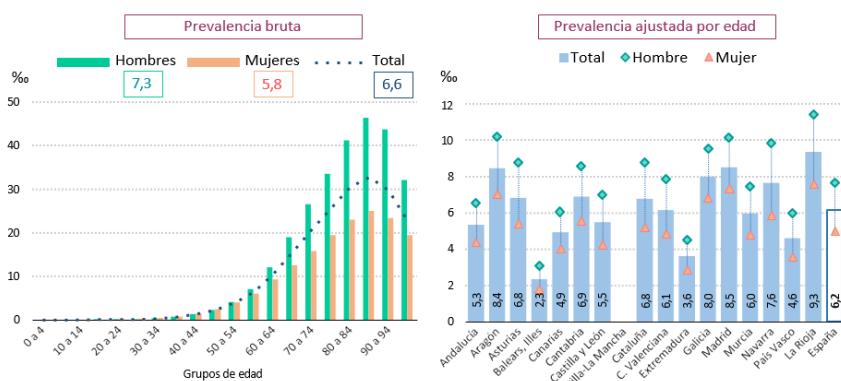


La prevalencia de tumor maligno de colon y recto es inferior a la media del SNS.

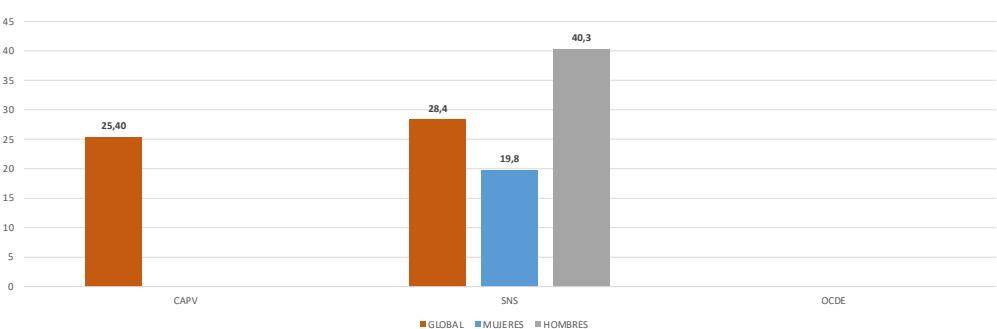
Prevalencia tumor colon y recto

Gráfico 3-11

Prevalencia de tumor maligno de colon y recto registradopor 1.000 habitantes.España, 2022 según sexo y grupos de edad y según sexo y comunidad autónoma. España, 2022^{22,23}.



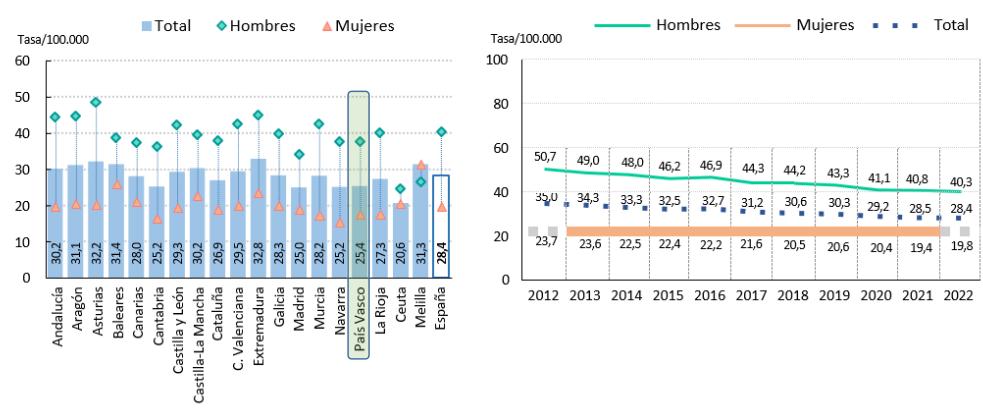
Mortalidad cáncer colon y recto



Mortalidad Ca. Colon y recto

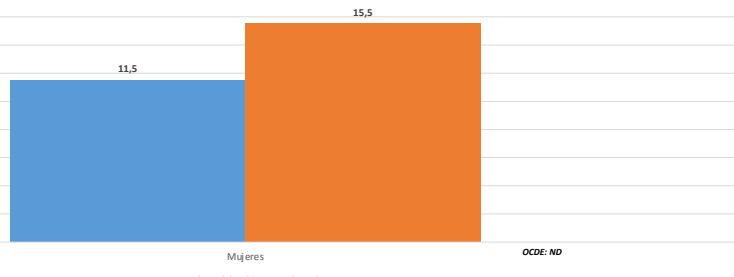
Gráfico 3-26

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de colon y recto por 100.000 habitantes. España, 2022 según sexo y comunidad autónoma y evolución 2012-2022⁴⁰.



Prevalencia tumor de mama

Prevalencia de tumor maligno de mama ajustada por edad por 1.000 mujeres

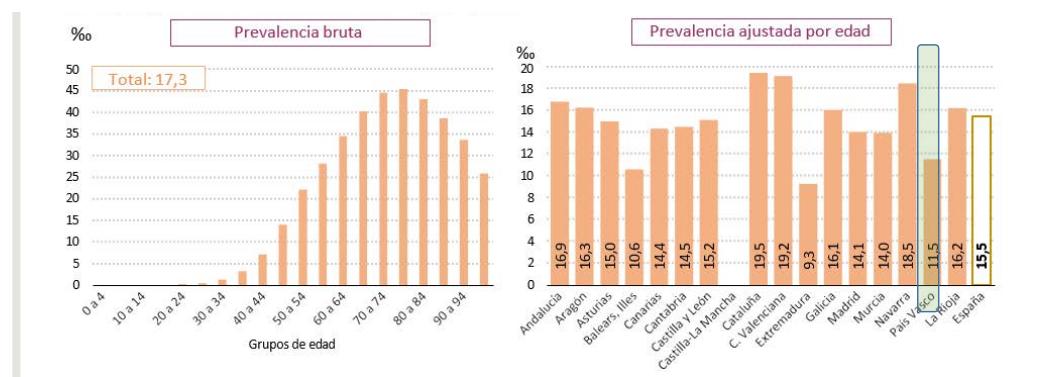


Def. Comparativa de indicadores

Prevalencia tumor de mama comparativa

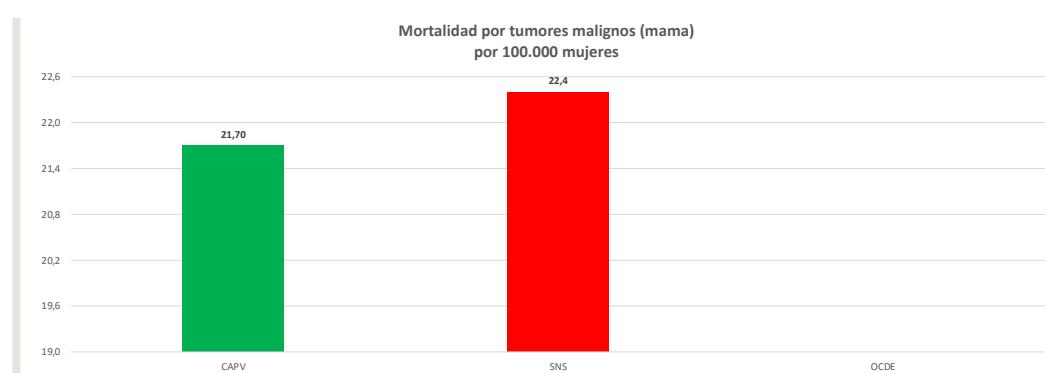
Gráfico 3-13

Prevalencia de tumor maligno de mama registrado por 1.000 mujeres, según grupos de edad y según comunidad autónoma. España, 2022^{24,25}.



La prevalencia del Ca. de mama en la CAPV es la tercera mas baja

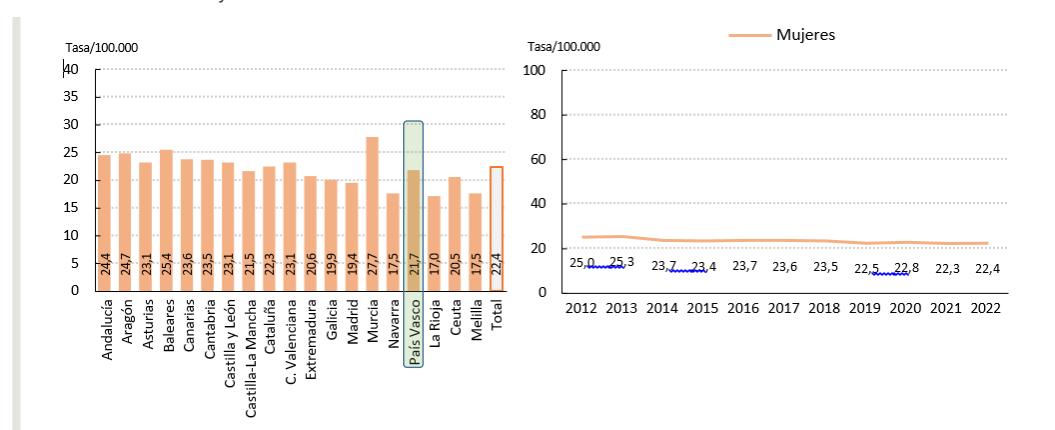
Mortalidad cáncer de mama



Mortalidad Ca. Mama

Gráfico 3-18

Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama por 100.000 mujeres. España, 2022 seg\xfbin sexo y comunidad aut\xf3noma y evoluci\xf3n 2012-2022⁴⁰.

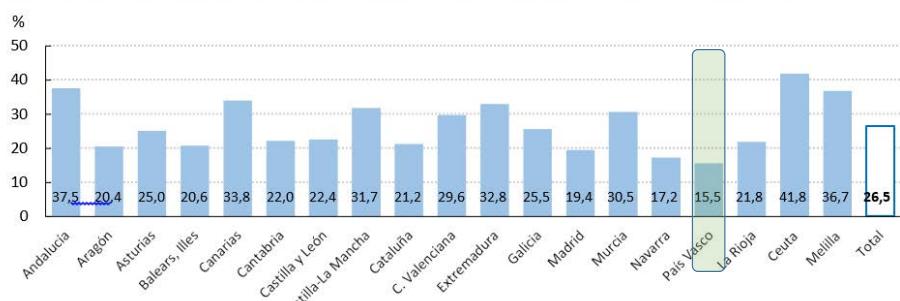


5. Determinantes de la salud

Riesgo de pobreza

España 2023

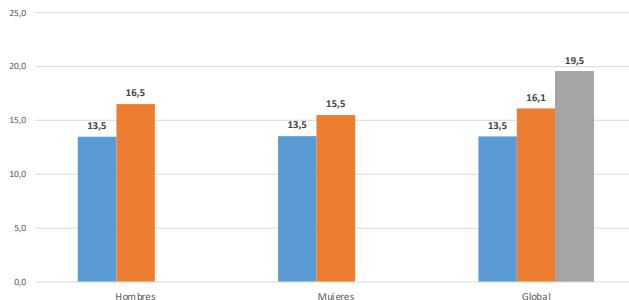
Gráfico 4-5 Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social (indicador AROPE). España, 2023^{53, 54}



La CAPV es la comunidad con menor riesgo de pobreza y/o exclusión social

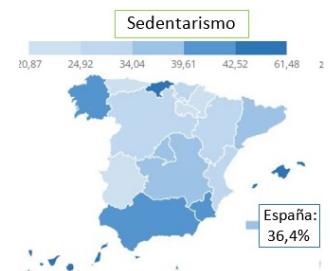
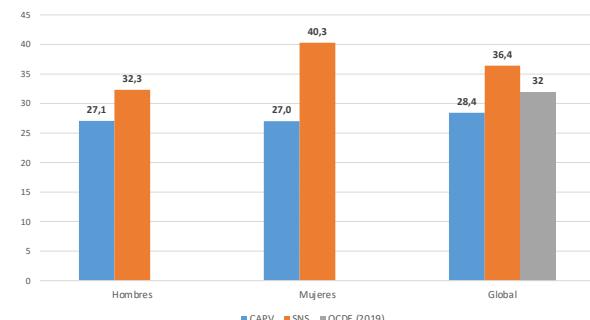
Obesidad

Prevalencia de obesidad en población de 18 o más años



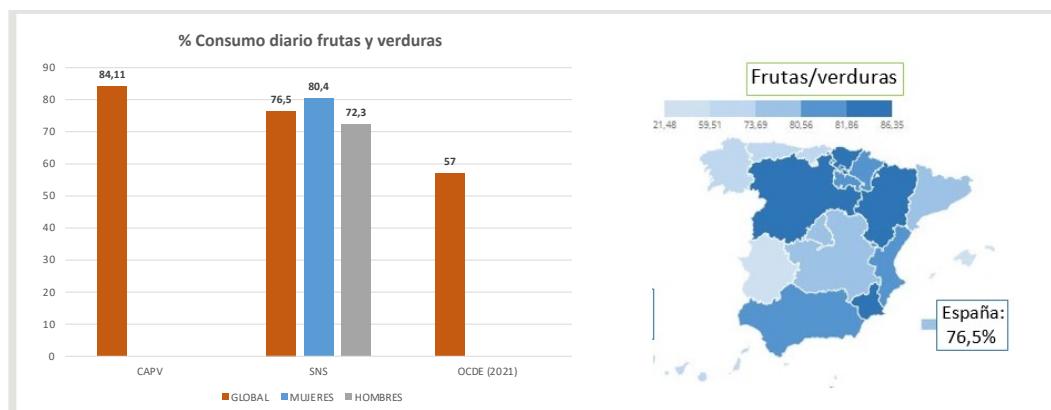
Sedentarismo

Prevalencia de sedentarismo en población adulta

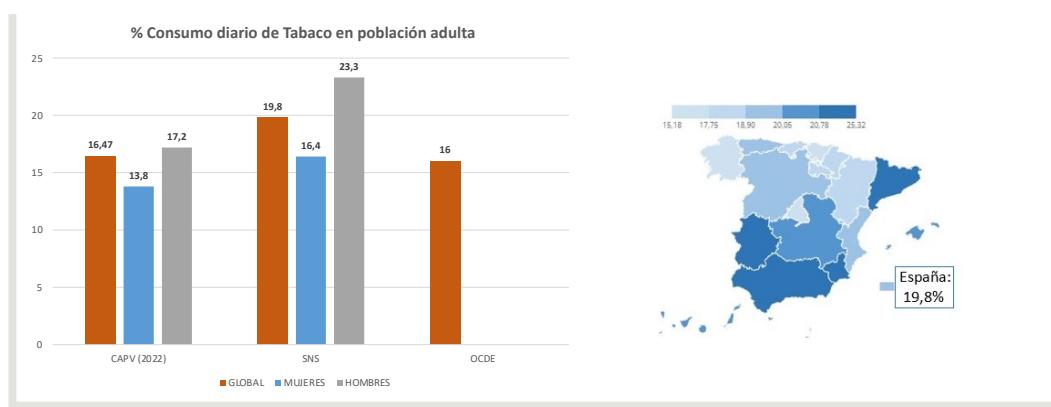


Def. Comparativa de indicadores

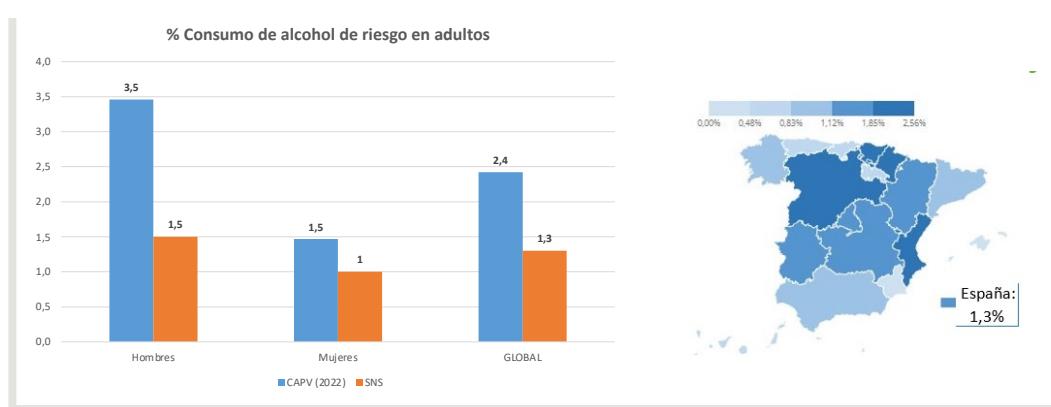
Alimentación saludable



Tabaco

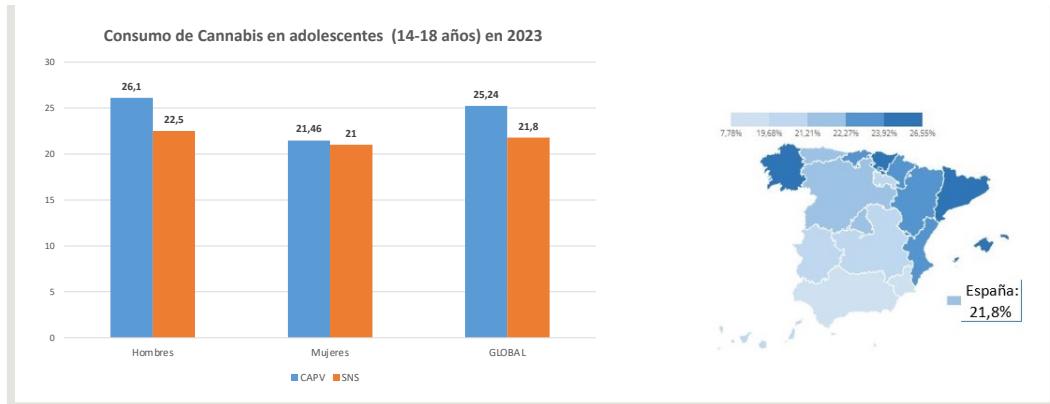


Consumo de alcohol: consumo de riesgo



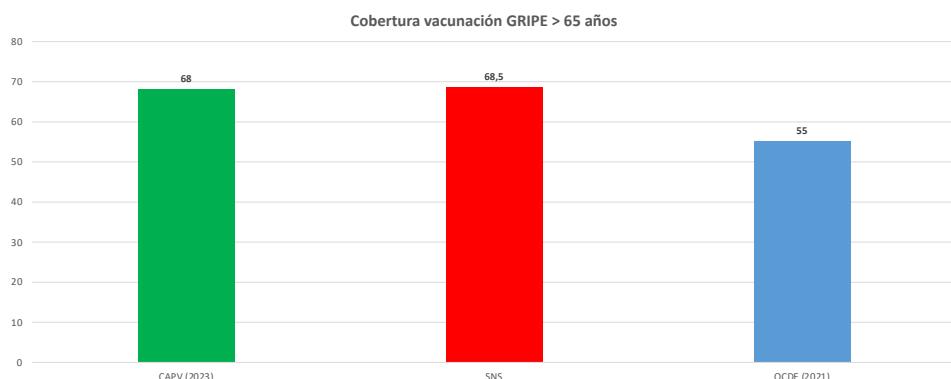
El consumo de alcohol en niveles de riesgo es mucho mas alto en la CAPV

Consumo de Cannabis



6. Prevención: vacunación

Vacunación gripe



Vacunación COVID >60

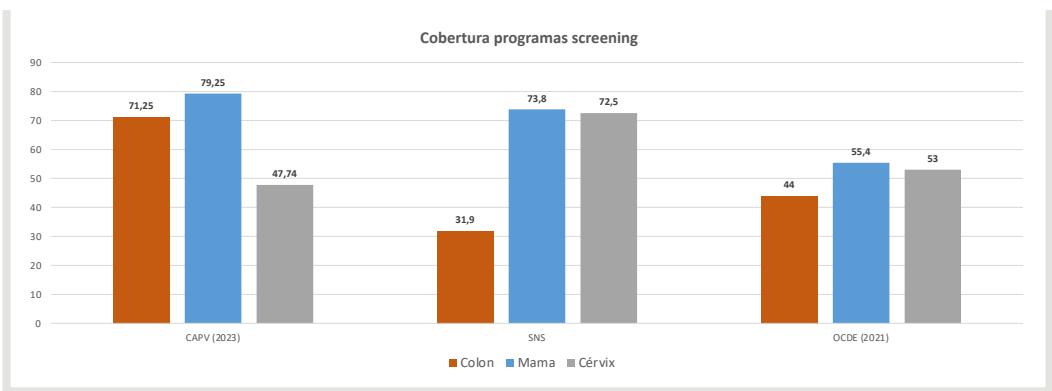
Gráfico 5-2

Cobertura de vacunación adaptada frente a COVID-19 en personas de 60 y más años, según grupos de edadsegún sexo y comunidades autónomas. España 2023-2024^{75,76,77}.



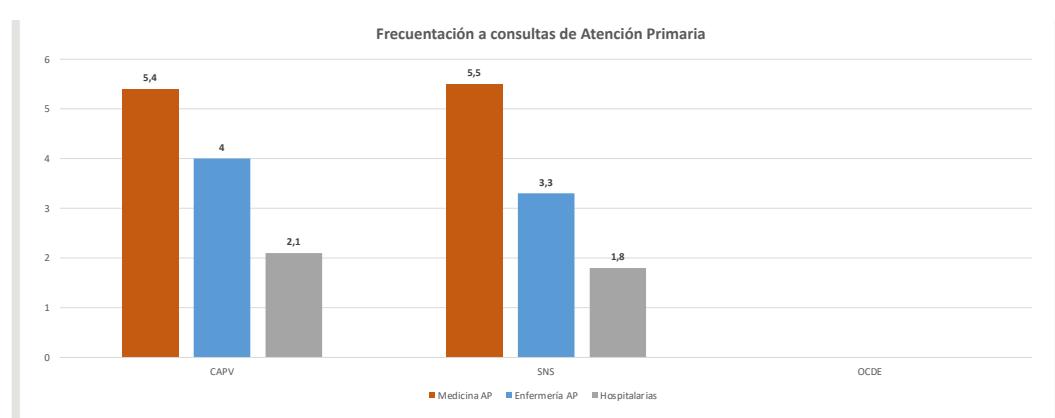
7. Prevención: Screening

Programas de cribado cáncer: Colon-Mama-Cérvix



8. Accesibilidad

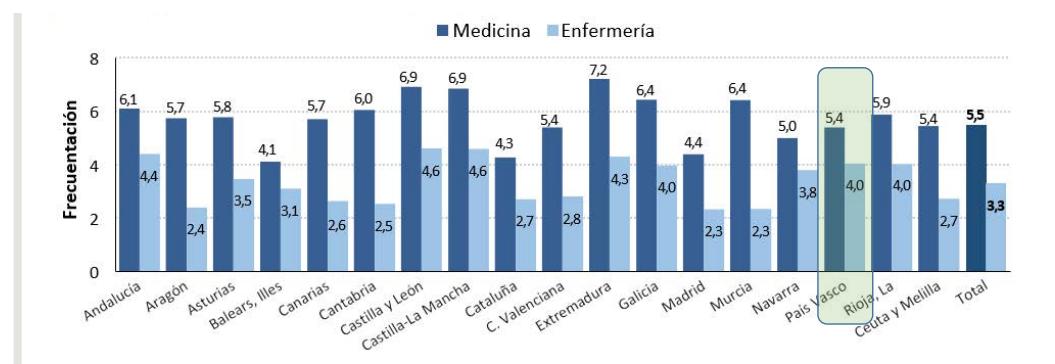
Frecuentación en Atención Primaria y CCEE



Frecuentación en AP por perfil profesional

Gráfico 5-7

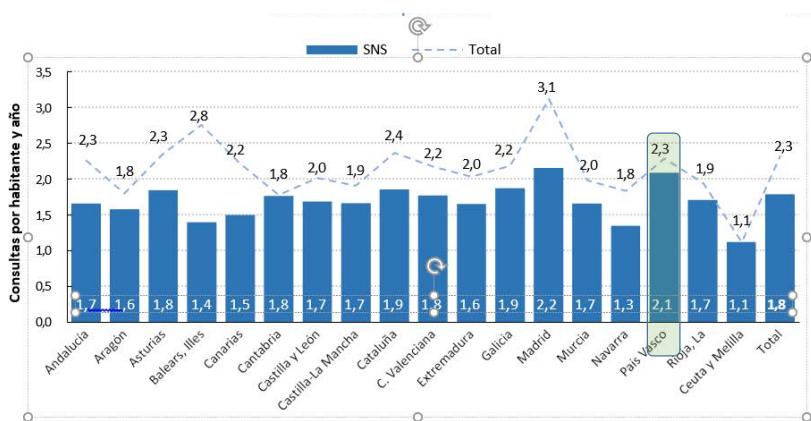
Frecuentación a la consulta de atención primaria del Sistema Nacional de Salud según profesional y comunidad autónoma. España 2022^{89,90}.



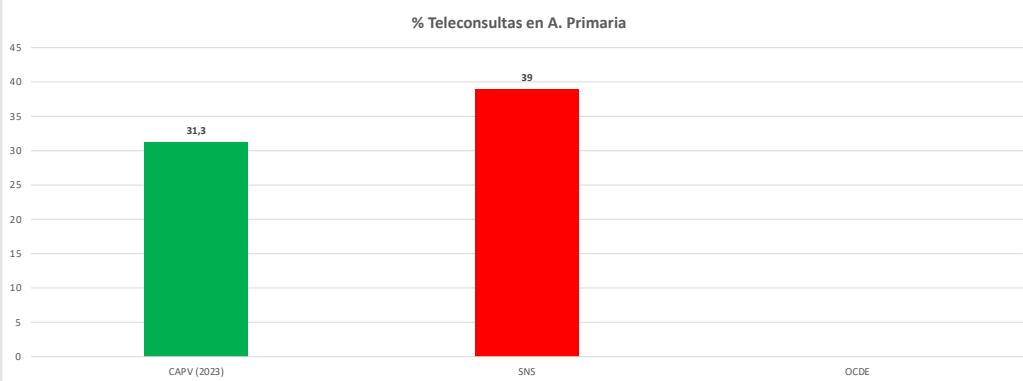
Frecuentación a CCEE

Gráfico 5-12

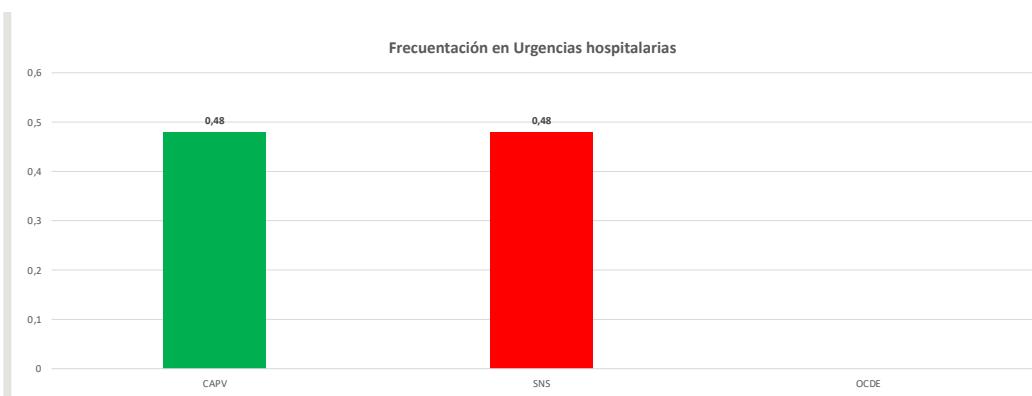
Frecuentación a consultas de hospitales de agudos, SNS y total, según comunidad autónoma. España 2022^{94,95}.



% Atención telefónica en Atención Primaria



Frecuentación Urgencias hospitalarias

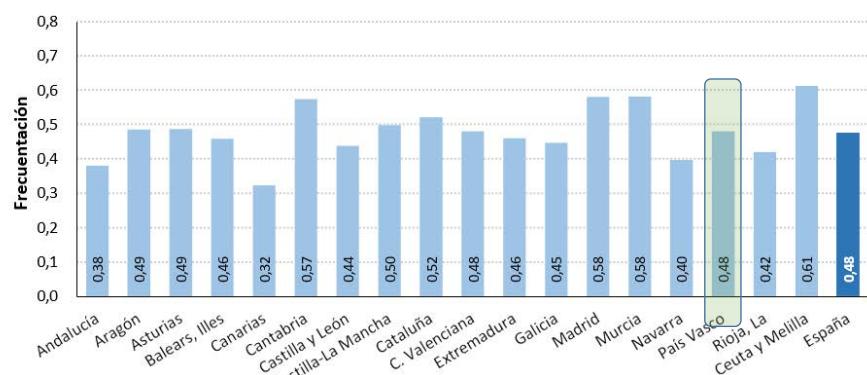


Def. Comparativa de indicadores

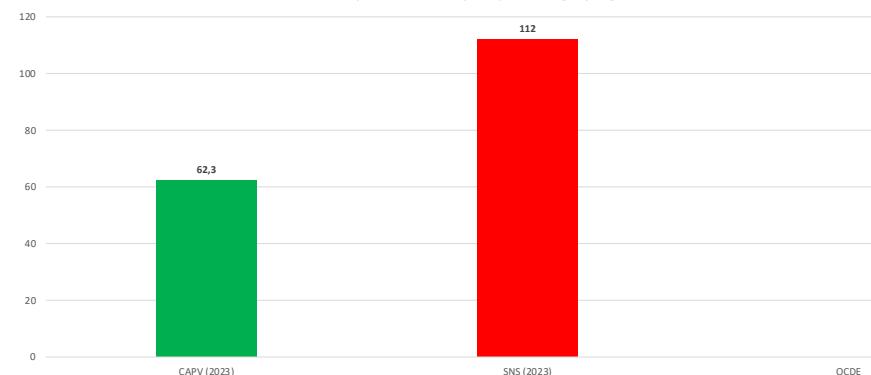
Frecuentación urgencias comparativa

Gráfico 5-21

Frecuentación a consultas hospitalarias en el SNS, según comunidad autónoma. España 2022¹⁰⁹.



Tiempo medio de espera para cirugía programada (días)



Lista de espera y espera de > 6 meses para cirugía no urgente

Gráfico 5-9

Situación de la lista de espera quirúrgica del Sistema nacional de Salud. España 2023.

	Total de pacientes pendientes	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje de pacientes con más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Andalucía	192.561	23,24	25,0	139
Aragón	22.822	17,08	18,3	126
Asturias, Principado de	24.176	24,25	7,2	84
Baleares, Illes	13.861	11,63	19,8	122
Canarias	36.395	17,30	26,0	153
Cantabria	16.067	28,16	24,1	142
Castilla y León	34.169	14,84	17,9	103
Castilla-La Mancha	33.926	17,25	13,4	108
Cataluña	172.027	22,44	23,7	131
Comunitat Valenciana	62.258	12,67	9,8	79
Extremadura	23.847	23,38	24,8	147
Galicia	47.046	17,93	3,4	66
Madrid, Comunidad de	64.628	9,42	0,6	45
Murcia, Región de	33.062	21,54	11,0	88
Navarra, Comunidad Foral de	8.240	12,63	7,0	75
País Vasco	24.333	10,88	4,5	68
Rioja, La	8.831	27,81	15,4	100
Ceuta	1.089	14,63	25,1	116
Melilla	626	8,59	7,5	86
España	819.964	17,55	17,4	112

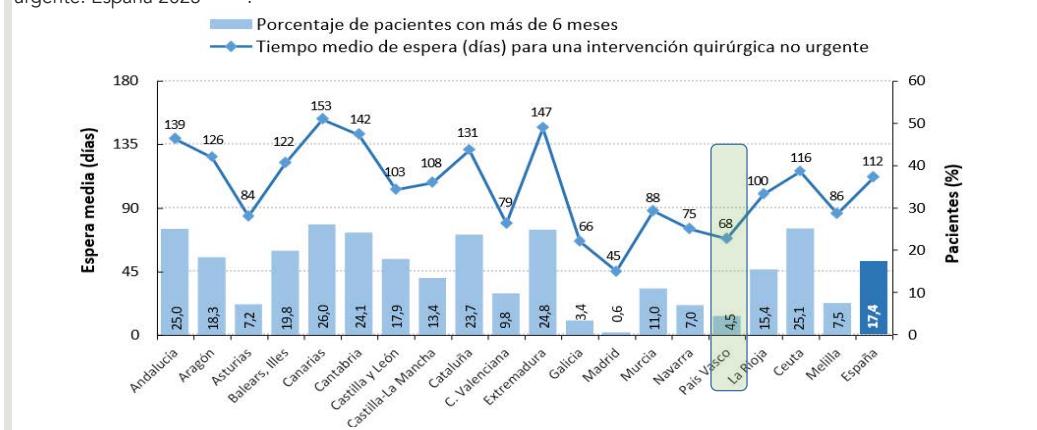
% Pacientes > 6 meses en lista de espera para IQ programada



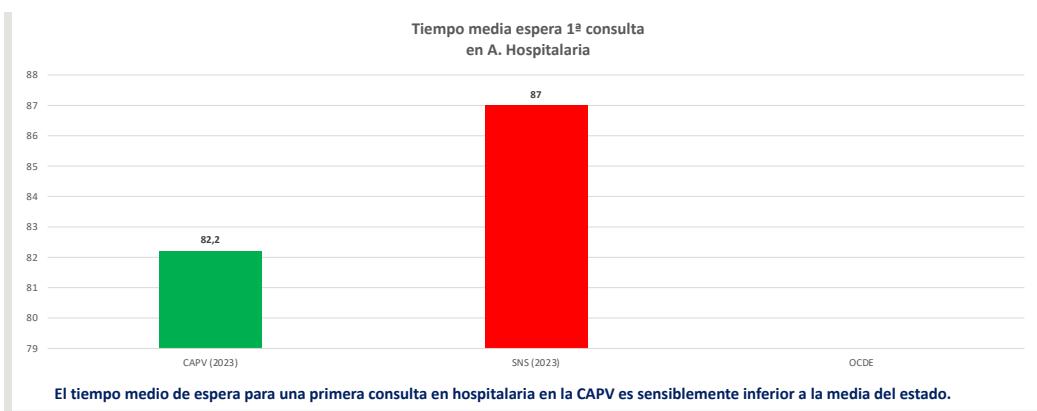
% de pacientes > 6 meses y tiempo medio de espera

Gráfico 5-48

Tiempo medio de espera (días) y porcentajes de pacientes con más de 6 meses para una intervención quirúrgica no urgente. España 2023^{150,151}.



Tiempo media de espera para una primera consulta hospitalaria

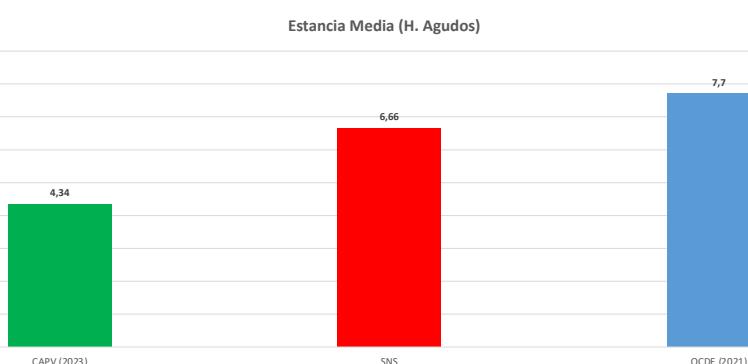


9. Efectividad

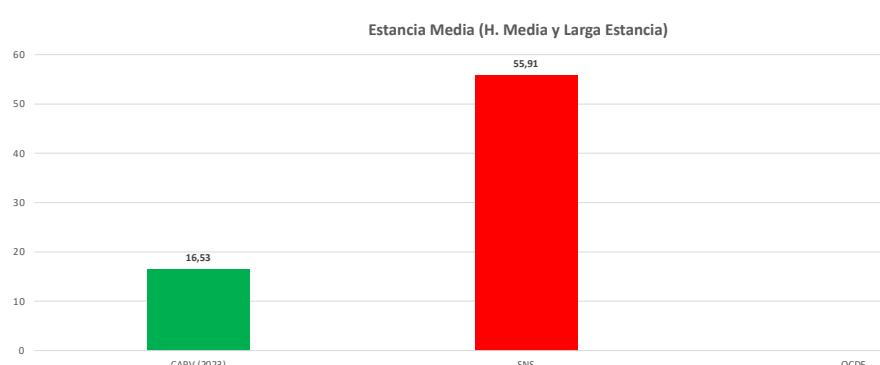
Altas hospitalarias



Estancia media



Estancia media en H. Media larga



La estancia media en hospitalización de subagudos en la CAPV es sensiblemente inferior a la media del estado.

Cirugía Mayor ambulatoria

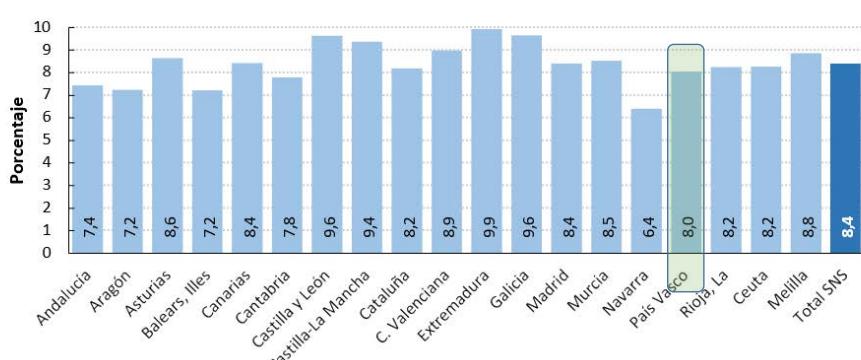
	Hospitales del SNS
Andalucía	45,83
Aragón	36,19
Asturias, Principado de	43,82
Baleares, Illes	51,42
Canarias	39,13
Cantabria	42,77
Castilla y León	44,41
Castilla-La Mancha	43,23
Cataluña	55,32
Comunitat Valenciana	47,07
Extremadura	40,88
Galicia	46,02
Madrid, Comunidad de	55,15
Murcia, Región de	44,88
Navarra, Comunidad Foral de	42,68
País Vasco	42,66
Rioja, La	51,02
Ceuta y Melilla	48,79
Total	48,55

% Reingresos comparativa

Gráfico 5-16

Porcentaje global de reingresos en hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2022¹⁰⁶.

REINGRESOS EN HOSPITALES DE AGUDOS DEL SNS

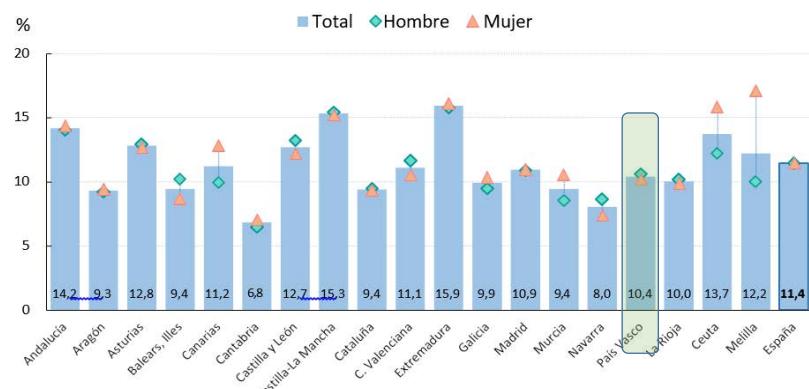


Reingresos urgentes psiquiátricos comparativa

Gráfico 5-39

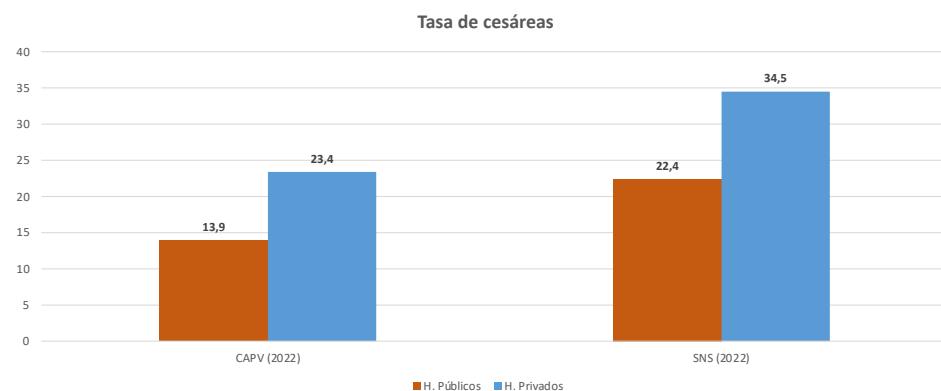
Reingresos urgentes psiquiátricos en hospitales del Sistema Nacional de Salud, según comunidad autónoma. España, 2022^{140,141}.

REINGRESOS EN HOSPITALES DE AGUDOS DEL SNS



10. Adecuación

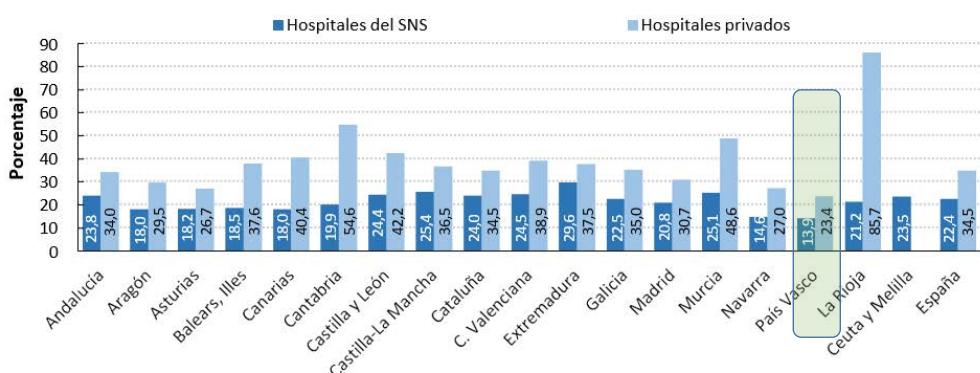
Tasa de cesáreas



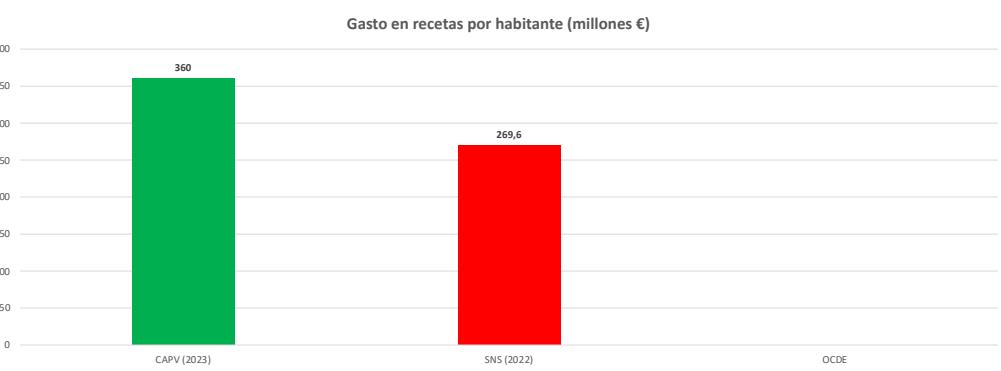
% de cesáreas comparativa

Gráfico 5-26

Tasa de cesáreas frente al total de partos atendidos según pertenencia del hospital al SNS y comunidad autónoma. España, 2022¹¹¹.

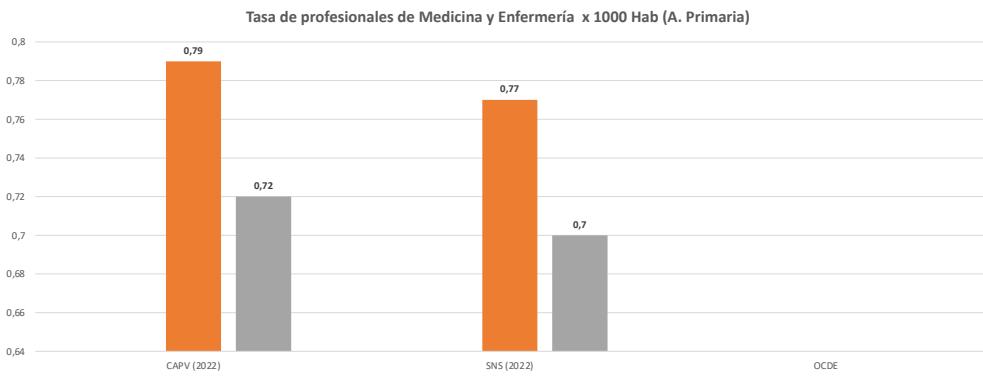


Gasto en receta

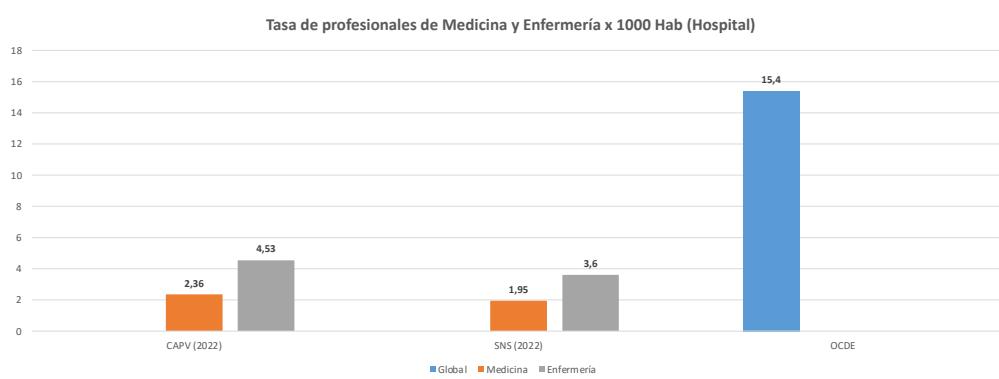


11. Recursos

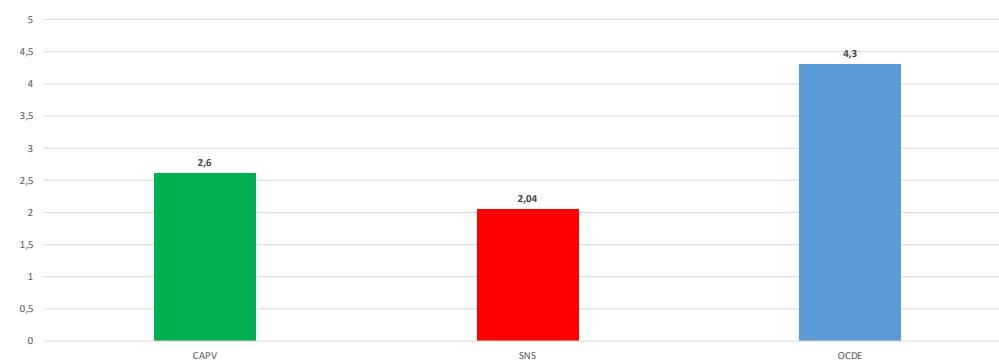
Profesionales en atención primaria



Profesionales en medicina y enfermería

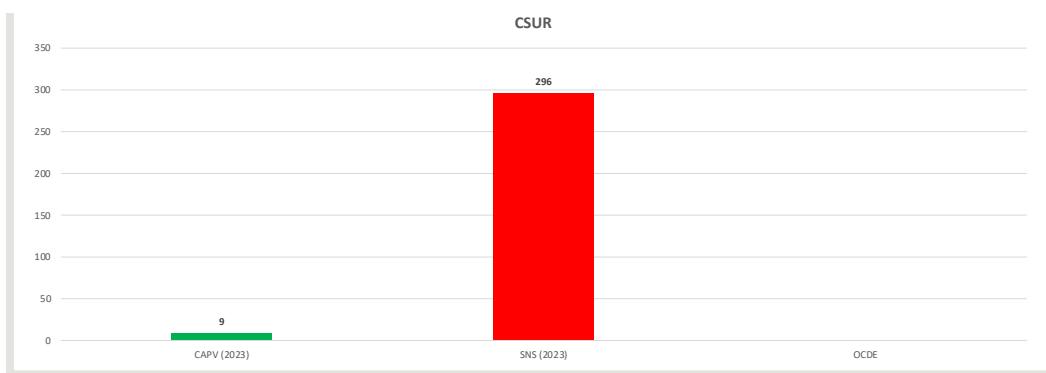


Camas funcionantes

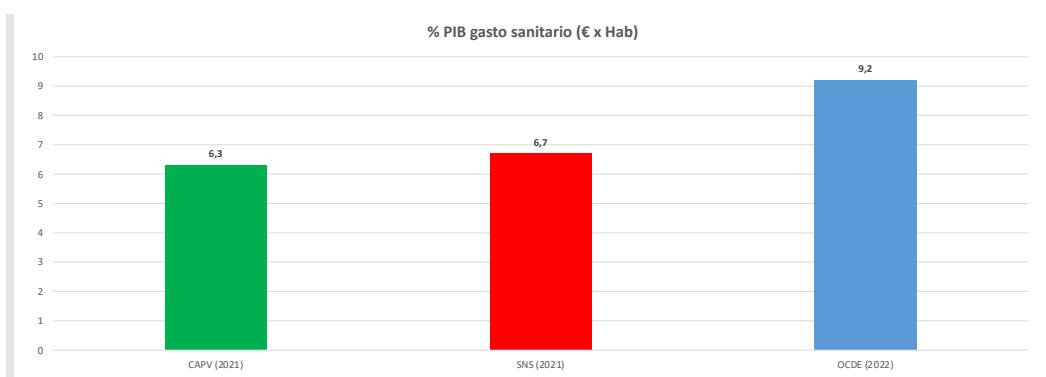


Def. Comparativa de indicadores

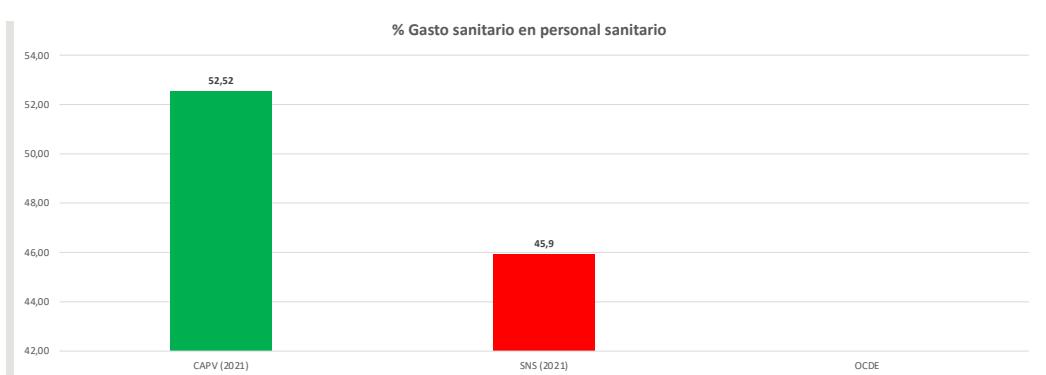
Centros de referencia (CSUR)



%PIB para gasto sanitario

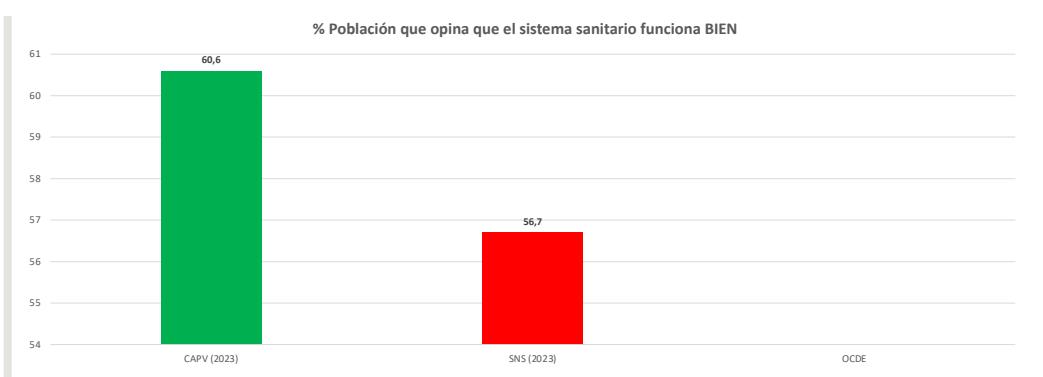


% de gasto destinado a personal sanitario

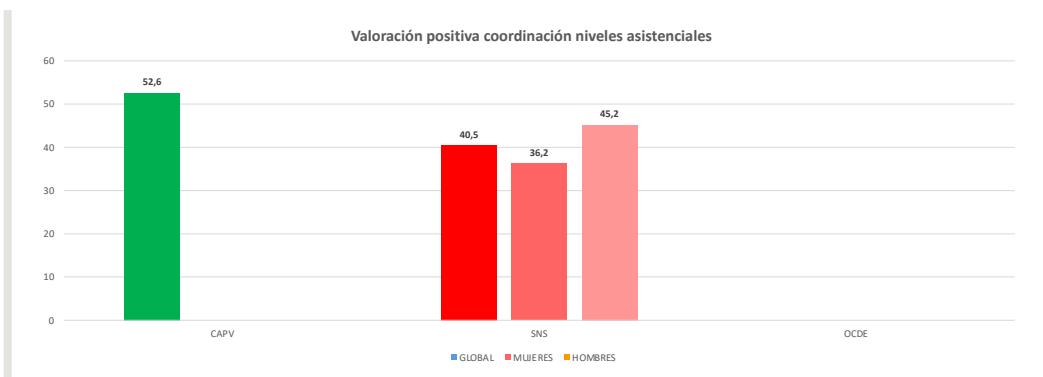


12. Calidad percibida

Buen funcionamiento del sistema sanitario



Valoración positiva de la coordinación asistencial



Satisfacción global



