

Pacto Vasco de Salud

Diagnóstico para el Pacto
Vasco por la Salud

09/10/2024

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Introducción

El Lehendakari Imanol Pradales planteó en su discurso de investidura del 20 de junio de 2024 un Pacto vasco sobre nuestro sistema de salud. El 5 de septiembre de 2024 se formalizó el inicio de actividades del Pacto vasco en salud con la presencia de diferentes agentes políticos, sindicales, organizaciones profesionales, colectivos de pacientes y universidades vascas. Posteriormente, otros nuevos agentes han sido incorporados a fin de conformar una mesa amplia, con elevada representatividad social y profesional, pero que llegara a ser operativa, por lo que algunas peticiones de incorporación han sido postergadas.

En la primera reunión se estableció también la metodología general del trabajo y se expuso la necesidad de generar un documento final de consensos básicos con cuyo contenido todos los agentes participantes se sintieran identificados. Se abrió un proceso de análisis de indicadores relativos a salud y al sistema sanitario y el diagnóstico derivado de esos indicadores. Durante el proceso de valoración se ha sugerido incorporar nuevos indicadores y áreas de evaluación.

El presente documento fue presentado como texto provisional ante la Mesa del Pacto de salud el 9 de octubre de 2024. El documento recoge en sus diferentes apartados el resumen de los indicadores principales analizados, evitando excesos numéricos que pueden ser consultados en las referencias bibliográficas.

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

Objetivos del Pacto de Salud

1. **Asegurar el acceso universal:** 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 vasco de Salud debe ser un compromiso conjunto, donde se involucre a todos los actores sociales, políticos y sanitarios. La construcción de un modelo de salud 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.

Listado de participantes

OSAKIDETZA

ADEMBI (Asociación de Esclerosis múltiple de Bizkaia)

PLATAFORMA ORGANIZACIONES DE PACIENTES

COMISIONES OBRERAS

COLEGIO OFICIAL BIOLÓGOS

CONSEJO DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DEL PAIS VASCO

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA

COLEGIO OFICIAL DE FARMACIA

COLEGIO OFICIAL FISOTERAPEUTAS

COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL ÓPTICOS - OPTOMETRISTAS

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGIA

COLEGIO OFICIAL VETERINARIOS

CONFEBASK

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

EAJ-PNV

EH BILDU

ESK

FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental)

LAB

MONDRAGON UNIBERTSITATEA

PP

PSE

SATSE

SINDICATO MÉDICO

SINDICATO SAE

SUMAR

UGT

UPV/EH

Índice



1. Diagnóstico demográfico



2. Morbilidad y mortalidad

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

2.b. Morbilidad

2.c. Mortalidad



3. Determinantes sociales y estilos de vida

3.a. Hábitos y estilos de vida

3.b. Determinantes sociales de la Salud



4. Recursos asistenciales y uso

4.a. Recursos estructurales

4.b. Accesibilidad

4.c. Frecuentación de uso

4.d. Recursos humanos actuales

4.e. Formación de futuro personal sanitario



5. Contexto social y tecnológico

5.a. Empoderamiento ciudadano

5.b. Globalización

5.c. Cambio climático

5.d. Digitalización

5.e. Investigación e innovación



6. Recursos económicos

6.a. Gasto sanitario y comparativas

6.b. Las grandes partidas y comparativas

6.c. El objetivo triple



7. La experiencia de la ciudadanía

7.a. La preocupación de la ciudadanía

7.b. La calidad percibida



1. Diagnóstico demográfico

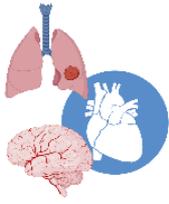
La CAPV representa una de las poblaciones más envejecidas de Europa, e incluso a nivel mundial. La calidad de vida saludable se prolonga hasta los últimos años de vida de la ciudadanía.

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

Se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población de la CAPV, lo que previsiblemente incrementará la demanda de servicios asistenciales complejos para la atención de comorbilidades propias de las edades avanzadas. Es previsible la necesidad de un incremento de la atención a la dependencia y la priorización de una buena coordinación entre servicios asistenciales sanitarios y socio-sanitarios.

La autonomía funcional de las y los ciudadanos de la CAPV hasta edades prolongadas sugiere que un enfoque preventivo, proactivo y comunitario de la salud representaría un modelo eficaz y eficiente en cuanto a resultados.

Un modelo asistencial equitativo deberá considerar las diferencias observadas entre áreas sanitarias en cuanto a expectativas de vida.



2. Morbilidad y mortalidad

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

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

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

2.b. Morbilidad

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

La prevalencia de tumores y neoplasias malignas es algo inferior en la CAPV respecto al entorno estatal para aquellos casos donde existen programas de cribado (mama, colon y recto) y es similar en los casos de vías respiratorias.

Las enfermedades de transmisión sexual mantienen un perfil ascendente.

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

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

La mortalidad en la CAPV se vincula a las enfermedades crónicas más prevalentes. Presenta diferentes patrones entre mujeres y varones. Una parte de la mortalidad presente en la ciudadanía de la CAPV es prevenible a través de programas de cribado, campañas de salud y fomento de estilos de vida y hábitos saludables.

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

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

Es necesario implementar reformas que promuevan una atención más integrada, proactiva, centrada en la prevención, y orientada hacia el valor para las personas usuarias (obtener los mejores resultados en salud con un gasto sostenible en el tiempo).

Los nuevos modelos de atención van a precisar de la incorporación de profesionales poco habituales hasta ahora en el ámbito sanitario y con titulaciones tales como Psicología, Trabajo Social, Fisioterapia, Actividad física y deportiva, etc.

El enfoque integral de los problemas de salud de las personas y un modelo accesible y de seguimiento longitudinal de la cronicidad constituyen ejes básicos de la atención primaria. La potenciación de la atención primaria representa una medida de respuesta adecuada a las necesidades surgidas en la actualidad.

Dada la existencia de múltiples niveles y áreas específicas de intervención sanitaria, se deben establecer modelos de cuantificación que aúnen los resultados en salud, como indicador más adecuado de la utilidad hacia la o el usuario, en lugar de basarse fundamentalmente en la actividad puntual de cada unidad participante en los procesos asistenciales.

Las actuaciones preventivas y las intervenciones sobre estilos de vida y determinantes sociales de la salud contribuyen a reducir la presión sobre un sistema sanitario sobrecargado y con una capacidad de respuesta limitada, atenuando el deterioro inducido por episodios críticos tales como la reciente pandemia COVID-19 y el déficit acumulado de profesionales sanitarios.

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



3. Determinantes sociales y estilos de vida

3.a. Hábitos y estilos de vida

La población de la CAPV presenta hábitos saludables en ámbitos como la nutrición, el sedentarismo y la progresiva reducción del tabaquismo. Sin embargo, las tasas de ingesta de etanol son elevadas y el consumo de cannabis está ampliamente extendido entre las y los jóvenes.

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

La cobertura de vacunación antigripal es alta y más elevada que en el entorno estatal y europeo. Los programas de cribado (mamografía, sangre en heces, citología) cuentan con elevada participación ciudadana y esta supera las tasas del entorno.

3.b. Determinantes sociales de la Salud

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

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

El abandono temprano del sistema educativo está en tasas mínimas.

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

La siniestralidad laboral y los problemas crónicos, físicos y psíquicos, derivados de la actividad laboral y profesional, siguen siendo motivo de preocupación.

De los datos de encuestas y de los indicadores objetivos, parece concluirse que la ciudadanía de la CAPV es sensible a las recomendaciones de naturaleza preventiva y promocional de la salud. Existe todavía amplio espacio de mejora en los hábitos saludables. Cuidar y promover estos comportamientos influye sobre la demanda asistencial, reduciéndola. Una población proactiva y con visión comunitaria de la salud es también una población con mejores condiciones socio-educativas para asumir corresponsabilidad en los cuidados sanitarios y socio-sanitarios.

Los determinantes sociales son una fuente de inequidad en la salud en todas las sociedades, que precisa, además de las intervenciones directas sobre los determinantes, ser considerada en el diseño de los dispositivos de atención sanitaria y socio-sanitaria.

El incremento de población inmigrante representa, además de una necesidad, un reto sanitario nuevo en los programas preventivos, que obligará a revisar los programas existentes. Este aspecto debe ser incorporado en el diseño y ejecución de actuaciones.

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



4. Recursos asistenciales y uso

4.a. Recursos estructurales

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

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

El diseño de las OSIs requiere una menor burocratización con mayor protagonismo de los y las profesionales a fin de lograr un mayor compromiso con la institución sanitaria. Se describe un cierto grado de descoordinación e inadecuada asignación de funciones en determinados momentos y lugares.

La organización hospitalaria según niveles responde a una lógica de país y deben optimizarse los recursos altamente especializados estrictamente en función de criterios de competencias profesionales y técnicas.

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

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

La Estrategia de salud mental en Euskadi, recientemente aprobada, puede orientar el diseño de indicadores adecuados a las diferentes condiciones de las y los pacientes psiquiátricos (agudos, subagudos, rehabilitación).

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

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

4.b. Accesibilidad

La accesibilidad geográfica de la ciudadanía de la CAPV a los diferentes servicios de Atención Sanitaria es adecuada. Se han ido creando las estructuras necesarias en función de la distribución de población, orografía del territorio y especialización de los niveles de atención. Sin embargo, la falta de profesional médico de la Medicina ha afectado a la equidad debido a las dificultades de cobertura, especialmente en determinadas áreas alejadas de núcleos metropolitanos o en turnos de tarde.

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

En la actualidad, Osakidetza mantiene 29 puntos de atención continuada (PAC) y 6 puntos de refuerzo abiertos para asistencia urgente extrahospitalaria.

Existe una conflictividad elevada en el sector de las ambulancias de transporte sanitario, lo que ha producido una pérdida de la calidad del servicio en este ámbito.

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

4.c. Frecuentación de uso

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

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

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

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

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

4.d. Recursos humanos actuales

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

Centrados en Osakidetza, se distingue una plantilla estructural (32.536 personas en 2024; 76% mujeres) y que se complementa con una plantilla funcional. La tasa de temporalidad se sitúa en torno al 37%, muy alejado de las cifras objetivo del 8%.

Las estimaciones utilizando diferentes fuentes de datos indican en el periodo 2022-2024 unas tasas de 0,95-0,98 médicos/as y de 0,85-1,33 enfermeros/as en atención primaria por 1.000 habitantes. Los/as facultativos desempeñando su actividad en el ámbito hospitalario en ese periodo es de 2,30-2,36 por 1.000 habitantes y en Enfermería, con más dificultades en las estimaciones, en torno a 3,9-4,5 por 1.000 habitantes. Los/as ratios de profesionales Enfermería / Medicina son más bajos que en la UE. El número de puestos de las diferentes especialidades en Enfermería es de carácter funcional, pequeño todavía en relación con el total de personas enfermeras generalistas.

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

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

Hay 151 profesionales especialistas en Psicología clínica en Osakidetza y otros/as 36 están en formación.

Las cifras de otros/as profesionales sanitarios requieren de análisis más depurados, no desarrollados aquí, debido a la importante presencia del sector privado.

No se ha desarrollado valoración de otras categorías profesionales del sistema sanitario público.

4.e. Formación de futuro personal sanitario

Las diferentes instituciones universitarias de la CAPV han incorporado en 2024 un número de 458 estudiantes de Medicina (168 en euskera), 375 estudiantes de Enfermería, 240 estudiantes de Fisioterapia, 40 de Odontología, 124 en Farmacia y 217 en Psicología, además de otras titulaciones (Nutrición Humana y Dietética, Logopedia, Trabajo Social, Ingeniería Biomédica, etc).

En la CAPV, la oferta de plazas formativas especializadas en Medicina (MIR) y en Enfermería (EIR) ha crecido en los últimos años hasta 566 y 114, respectivamente, en la última convocatoria. Se incluyen también 14 plazas de Psicología y otras en Farmacia hospitalaria. Se han ofertado en la última convocatoria 115 plazas de MIR en Medicina familiar y comunitaria.

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

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

La organización del sistema sanitario vasco mediante OSIs ha facilitado la universalización y equidad de la atención, además de mejoras organizativas. Sin embargo, se ha generado un sistema predominantemente reactivo ante enfermedades episódicas y de atención aguda, centrado preferentemente en los hospitales. La atención preventiva, promocional y comunitaria no se ha incorporado a la actividad de las OSIs adecuadamente. La comunicación entre profesionales no ha permeado adecuadamente por debajo de las gerencias de OSI.

La accesibilidad, la longitudinalidad y la integración y colaboración, como valores y aportaciones de la atención primaria se han visto comprometidas por efecto de disponibilidad de profesionales, la burocratización, la inadecuada distribución de tareas, etc. El prestigio y atractivo de la atención primaria ha descendido entre los/as profesionales sanitarios acentuando la crisis. Junto a las medidas correctoras, incrementando el número de personas en formación para atención primaria, se requiere recuperar el atractivo y la adherencia a ese entorno asistencial tanto de profesionales como de usuarios/as.

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

Los próximos años vamos a asistir a un déficit de profesionales en especialidades médicas críticas como la Medicina de familia y comunitaria. La inmediatez de respuesta, existente hasta hace poco tiempo, se verá tensionada en todos los niveles asistenciales, por lo que deben activarse diferentes dispositivos organizativos y tecnológicos para evitar desbordar las urgencias hospitalarias. Para ello, la corresponsabilidad de la ciudadanía es imprescindible, lo que requiere información, comunicación y transparencia pública pero también un cierto grado de cohesión política en relación a la crisis del sistema sanitario.

Es necesaria la potenciación y desarrollo de las especialidades en Enfermería, dotándoles de posiciones estructurales en el sistema. El caso de la duplicidad en la asistencia psiquiátrica es un ejemplo de las necesidades organizativas pendientes.

Aunque el sistema asistencial de la CAPV dispone de otro tipo de profesionales sanitarios diferentes a Medicina y Enfermería, estos perfiles van a ser cada vez más necesarios y con progresiva especialización (Fisioterapia, Odontología, Psicología, Óptica y Optometría, Técnicos/as sanitarios/as, etc). Además, el requerimiento de personal técnico para sostener las tareas asistenciales (Informática, bioingeniería, análisis y procesado de datos, etc) se incrementará, lo que obliga a ir visualizando nuevas condiciones y funciones estructurales que en la actualidad son realizadas, en ocasiones, por personal administrativo.

Los centros educativos deberán coordinar cuidadosamente con el sistema de salud su oferta de titulaciones para ofertar la demanda adecuada, incluida la lingüística, y adaptarla a las necesidades del futuro.

Las salidas profesionales para las nuevas generaciones son muy dispares y van más allá de las especialidades sanitarias asistenciales. La oferta de formación de especialistas mediante los programas MIR, FIR, EIR, PIR, BIR deberá irse reajustando cada año, considerando no solo el potencial acreditado de formación y las necesidades más inmediatas sino también evitando futuros desajustes al alza en el número de personas formadas en ciertas especialidades.

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



5. Contexto social y tecnológico

5.a. Empoderamiento ciudadano

Los y las ciudadanas del siglo XXI son personas con amplias posibilidades de acceso a la información, disponen en la CAPV de un nivel educativo que les permite obtener de forma activa, comprender y analizar la información con relación a la salud. A pesar de ello, el riesgo de desinformación y manipulación también se incrementa.

La ciudadanía vasca va tomando protagonismo en las decisiones sanitarias y de salud en general. Los modelos de atención deben acompañarse a esta tendencia. La comunicación y la transparencia han de dar respuestas a las exigencias ciudadanas, pero ello conlleva también corresponsabilidad en la gestión de los cuidados y en el uso de los recursos disponibles.

Las organizaciones de pacientes y familiares han demostrado ser capaces de movilizar recursos y revertir situaciones claramente injustas. Estos agentes no son simplemente grupos de presión; han demostrado la viabilidad y, en ocasiones suplido, la imprescindible interacción entre sistemas sanitarios y socio-sanitarios; han provisto de recursos no disponibles en un modelo centrado en la atención aguda; han generado visibilidad de las personas pacientes crónicas y hasta desarrollan I+D+i en los temas de su interés.

Una de las demandas cada vez más expresadas es evitar la deshumanización de la atención sanitaria, asociada a la tecnificación. El deseo de recuperación de la presencialidad tras la pandemia es un ejemplo de esas demandas. La ciudadanía precisa de profesionales que escuchen, entiendan, atiendan y empaticen con todas las necesidades bio-psico-sociales en relación a la salud. Atender el derecho a expresarse en la propia lengua es otra de las maneras de humanizar la asistencia.

5.b. Globalización

Las enfermedades se mueven a la misma velocidad que la ciudadanía. Una pandemia puede extenderse en poco tiempo a cualquier lugar del planeta. Se detectan enfermedades de naturaleza tropical y otras transmitidas por vectores anteriormente inexistentes (virus del Nilo, mosquito tigre, como ejemplos recientes). Los procesos de migración aportan patologías poco conocidas pero muy prevalentes en otras latitudes (enfermedad de Chagas, por ejemplo).

La obtención de materiales sanitarios, tecnología, medicamentos, etc, es un proceso sometido a elevada deslocalización, lo que vuelve a los sistemas sanitarios altamente vulnerables a conflictos, catástrofes y decisiones alejadas al devenir diario de la CAPV.

Las resistencias bacterianas, fruto del uso inapropiado de antibióticos en humanos y animales junto con la farmacontaminación del agua representan retos sanitarios de primer orden.

5.c. Cambio climático

Es bien conocido que el cambio climático conlleva fenómenos meteorológicos catastróficos y dificultades en acceso a alimentos y agua, pero también brotes de nuevas enfermedades infecciosas y zoonosis, así como incremento de morbilidad y mortalidad secundaria a olas de calor y frío. El Ministerio de Sanidad ha identificado más de 3.000 fallecimientos en el verano de 2023 atribuibles al exceso de temperatura.

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

5.d. Digitalización

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

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

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

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

5.e. Investigación e innovación

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

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

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

El empoderamiento ciudadano ha de guiar las actuaciones en salud en el futuro más inmediato. La humanización de la atención no puede relegarse en un momento donde la elevada tecnificación puede poner en peligro valores sanitarios fundamentales. Las organizaciones de pacientes y familiares han de formar parte del entramado sanitario y socio-sanitario, como los mejores conocedores del abordaje holístico de los procesos. Es el momento de incorporarlos a las decisiones estratégicas en salud y en la gestión de cada una de las actuaciones. Los indicadores sanitarios deben reflejar resultados en salud y sostenibilidad. No pueden basarse exclusivamente en mediciones de actividad. Debe profundizarse en la digitalización de la información sanitaria y en el uso secundario de los datos de salud a fin de conocer más sobre la salud y la enfermedad, mejorando diagnósticos, profundizando en la medicina de precisión y estableciendo procesos más eficaces, seguros y eficientes.

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

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

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

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

La investigación e innovación sanitaria en la CAPV es relativamente joven y se ha estructurado en torno a organizaciones propias y colaboraciones con el entorno.

El nivel de actividad es adecuado en los aspectos de investigación relativa a mecanismos de enfermedad. La investigación en Salud Pública debe ser reforzada. Los ensayos clínicos representan una fuente de acceso a innovación terapéutica, de captación de recursos y de atracción de talento. La CAPV presenta una reducida actividad en ensayos clínicos que no se corresponde con su desarrollo social, económico y tecnológico. Debe analizarse cuidadosamente las causas y establecerse mecanismos correctores.



6. Recursos económicos

6.a. Gasto sanitario y comparativas

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

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

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

6.b. Las grandes partidas y comparativas

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

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

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

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

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

6.c. El objetivo triple

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

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

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

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

También comparten una misma orientación estratégica:

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

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

La concertación en la CAPV se mueve en cifras inferiores a las globales para todo el territorio estatal, aunque la dispersión de datos en este indicador es amplia. Seis Comunidades autónomas ofrecen porcentajes de concertación superiores a los de la CAPV. Se observan diferencias entre Territorios Históricos en cuanto a concertación, indicativo de posibles carencias en la oferta de servicios sanitarios públicos en algunas áreas geográficas.

El incremento de demanda asistencial no tiene por qué conllevar incrementos elevados e inasumibles a largo plazo del presupuesto asignado al ámbito sanitario. Otros modelos organizativos y una fuerte implantación de la medicina digital, en todos sus apartados, puede contribuir a la sostenibilidad del sistema sin que una atención orientada al valor y a la humanización se vea amenazada. Para ello, se precisa que los/as profesionales y personal sanitario en general se sientan cómodos en sus condiciones laborales y en su presencia activa en la implementación de los cambios. Por otro lado, es esencial involucrar más a los usuarios/as en la gestión de su propia salud.



7. La experiencia de la ciudadanía

7.a. La preocupación de la ciudadanía

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

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

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

7.b. La calidad percibida

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

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

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

Los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad son concordantes con los obtenidos en la Encuesta de Salud y muestran perfiles muy parecidos en todas las Comunidades Autónomas. La satisfacción es similar entre atención primaria y atención especializada.

Es indudable la preocupación de la ciudadanía vasca en relación con el estado del sistema sanitario. Es probable que, tras el contacto con el sistema sanitario la satisfacción con la atención recibida se incremente con relación a la percepción previa. En todo caso, el grado de satisfacción con la atención y la cobertura de necesidades ha disminuido respecto a etapas previas. Es probable que el sostenimiento de puntuaciones altas tras el contacto con el sistema esté apuntando hacia aspectos relevantes como puede ser la dedicación de los/las profesionales y trabajadores/as del sistema sanitario público. Los recursos humanos representan el pilar fundamental de la organización sanitaria. La tasa de incapacidad laboral transitoria en Osakidetza es de un 11% aproximadamente en 2022-2023, con importantes diferencias entre categorías profesionales. Un aspecto de preocupación añadido es el progresivo incremento de las incidencias / agresiones a personas trabajadoras del sistema sanitario, habiendo alcanzado la tasa de 25 por cada mil profesionales. La salud laboral y mental de las y los trabajadores, así como su formación en las tecnologías digitales habituales deben convertirse en prioridad.

Documentación de soporte

1. Eustat. Población estimada de la C. A. de Euskadi a 1 de enero, según territorio histórico y sexo. 1976-2023. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-estimada-de-la-c-a-de-euskadi-a-1-de-enero-segun-territorio-historico-y-sexo/tbl0011431_c.html
2. Eustat. Proyección de población. Análisis de resultados 2036. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0020400/proyecciones-de-poblacion-2036/inf0020421_c.pdf
3. Eustat. Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1976-2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0021600/esperanza-de-vida-al-nacimiento-en-la-ca-de-euskadi-por-causa-de-defuncion-territorio-historico-y-comarca-segun-sexo-y-ano/tbl0021669_c.html
4. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. Indicadores clave del Sistema nacional de Salud. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
5. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. La sanidad en la UE. Disponible en: <https://sanidad-ue.es/reports#diseases>
6. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en
7. Eustat. Desigualdades geográficas en la esperanza de vida y mortalidad por áreas pequeñas. 2013-2107. Disponible en: https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_1532/opt_1/tipo_1/ti_desigualdades-geograficas-en-la-esperanza-de-vida-y-mortalidad-por-areas-pequenas/temas.html
8. Eustat. Escenarios demográficos. 2061. Análisis de resultados. 2018. Disponible en: https://www.eustat.eus/elementos/ele0015600/escenarios-demograficos-2061/inf0015635_c.pdf

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

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

23. Memorias Osakidetza. Disponibles en:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/publicaciones-memorias/webosk00-procon/es/>
24. Ministerio de Sanidad. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2023. Informe monográfico. Informes, estudios e investigación. 2024. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf
25. Ministerio de Sanidad. Informe de sostenibilidad e impacto de las inversiones de la Estrategia de Salud Digital Ministerio de Sanidad. Comunidad de País Vasco. 2024.
26. Fundación Vasca de Investigación e Innovación Sanitaria BIOEF. Actividad de I+D+i del sistema sanitario de Euskadi. Memoria 2023. Disponible en:
<https://www.bioef.eus/wp-content/uploads/2024/09/3211-Memoria-de-actividad-2023-ESP-WEB.pdf>
27. Plataforma de Medicamentos Innovadores y Farmaindustria. Investigación Clínica en el País Vasco. Datos y análisis del Avance de la 33ª publicación de BDMetrics. 2023. Disponible en:
<https://www.medicamentos-innovadores.org/sites/medicamentosinnovadores/docs/PRODF280273.pdf>
28. Departamento de Salud. Cuadro de mando del Plan de Salud Euskadi 2030. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2030/es_def/adjuntos/cuadro-mando-plan-salud-2030.pdf
29. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto sanitario público 2022: Principales resultados. 2024. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
30. Gobierno vasco. Gabinete de prospección sociológica. Sociómetro vasco 82. Febrero 2024. Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/sociometro_vasco_83/es_def/adjuntos/24sv83.pdf