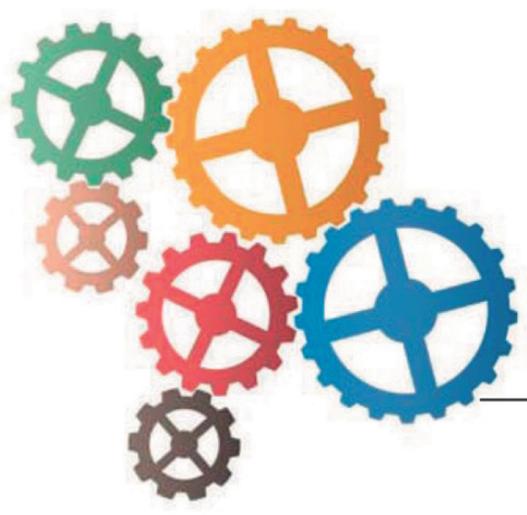




Plan de Salud 2013 - 2020



Evaluación

7 de febrero de 2022

Euskadi, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD



Plan de Salud 2013 - 2020



Evaluación

7 de febrero de 2022

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2022

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:

https://www.katalogoak.euskadi.eus/cgi-bin_q81a/abnetclop?SUBC=VEJ/J0001

Este informe de evaluación ha sido realizado de manera independiente por:

LKS, S. COOP.

C/ Goiru, 7 Arrasate-Mondragón

CP 20500 GIPUZKOA – SPAIN

<https://www.lksnext.com>

Edición:

1ª, febrero 2022

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Departamento de Salud

Internet:

www.euskadi.eus

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño:

Begoña Paino Ortuzar

Dirección, coordinación y elaboración:

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Este documento es el resultado de la evaluación del Plan de Salud 2013-2020.

Se trata de una evaluación independiente realizada por la empresa LKS Next, comisionada por el Departamento de Salud.

Equipo de LKS Next

Ane Bustinduy Ojanguren

José Ignacio Familiar Echeverría

María Ortiz Unzaga

LISTA DE ACRÓNIMOS

AMPAS	Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos y Alumnas
AP	Área Prioritaria
AAPP	Áreas Prioritarias
CP	Contrato Programa
CCPP	Contratos Programa
DDFF	Diputaciones Forales
DS	Departamento de Salud
DSPA	Dirección de Salud Pública y Adicciones
EAPSS	Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria
EIS	Evaluaciones de Impacto en Salud
EPS	Educación para la salud
ESCAV	Encuesta de Salud de la CAPV
GV	Gobierno Vasco
IRAS	Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria
OSI	Organización Sanitaria Integrada
OSK	Osakidetza
PADI	Programa de Asistencia Dental Infantil
PAI	Plan de Atención Individualizado
PAM	Plan de Atención a personas mayores
PROA	Programas de optimización de uso de antimicrobianos
PIT	Plan Individualizado de Tratamiento
PS	Plan de Salud
SNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del o de la Paciente
SPD	Sistemas Personalizados de dosificación
URM	Uso racional de los medicamentos
VG	Violencia de Género

ÍNDICE

1. pág. 11

RESUMEN EJECUTIVO

1.1. pág. 13

EL PLAN DE SALUD 2013-2020

1.2. pág. 13

ESTE DOCUMENTO

1.3. pág. 14

OBJETIVOS Y ALCANCE

1.4. pág. 14

METODOLOGÍA SEGUIDA

1.5. pág. 17

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

1.6. pág. 23

RECOMENDACIONES

2. pág. 29

INTRODUCCIÓN

2.1. pág. 31

ESTE DOCUMENTO

2.2. pág. 32

EL PLAN DE SALUD 2013-2020

2.3. pág. 33

OBJETIVOS Y ALCANCE

2.4. pág. 34

METODOLOGÍA SEGUIDA

2.5. pág. 37

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

3. pág. 39

RESULTADOS

3.1. pág. 41

¿HASTA QUÉ PUNTO EL PLAN DE SALUD 2013-2020 HA ORIENTADO LAS ACCIONES DEL GOBIERNO DE CARA A RESPONDER A LAS PRINCIPALES NECESIDADES EN MATERIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO?

3.2. pág. 47

¿CUÁLES HAN SIDO LOS PRINCIPALES LOGROS DEL PLAN DE SALUD?

¿HASTA QUÉ PUNTO HAN CONSEGUIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS?

3.3. pág. 88

¿CUÁLES HAN SIDO LOS PRINCIPALES FACTORES DE ÉXITO, ASÍ COMO LAS PRINCIPALES DEBILIDADES Y BARRERAS AL DESARROLLO EFECTIVO DEL PLAN DE SALUD?

4.

pág. 95

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

4.1.

pág. 97

ROL DEL PLAN DE SALUD
COMO HERRAMIENTA
ESTRATÉGICA PARA EL
DISEÑO DE LAS POLÍTICAS
PRIORITARIAS EN SALUD

4.2.

pág. 99

PRINCIPALES
CONTRIBUCIONES Y LOGROS
DEL PLAN DE SALUD 2013-2020

4.2.

pág. 100

PRINCIPALES RETOS DEL
PLAN DE SALUD

5.

pág. 105

RECOMENDA- CIONES

6.

pág. 119

ANEXOS

ANEXO 1

pág. 121

DOCUMENTACIÓN
ANALIZADA

ANEXO 2

pág. 123

PERSONAS INTERLOCUTORAS
ENTREVISTADAS

ANEXO 3

pág. 126

GRUPOS DE CONTRASTE

ANEXO 4

pág. 127

INDICADORES
ACTUALIZADOS A 2020

1.

RESUMEN EJECUTIVO

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. EL PLAN DE SALUD 2013-2020

El Plan de Salud de Euskadi (en adelante PS) es el instrumento superior de planificación y programación del Sistema Vasco de Salud por el que se establecerán los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles. El último plan aprobado en el parlamento ha sido el PS 2013-2020, el cual, en coherencia con el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, ha recogido los compromisos adquiridos por las administraciones de Euskadi con la sociedad vasca en esta materia y ha sido, en consecuencia, una herramienta fundamental para mejorar la salud de la ciudadanía vasca, seguir aumentando su calidad de vida, reducir las desigualdades y propiciar mejoras organizativas. Para ello, ha marcado las líneas a seguir y las prioridades de actuación de nuestro sistema de salud en su conjunto durante sus años de vigencia, para continuar prestando a las y los pacientes un servicio de calidad y atendiendo a su seguridad clínica, poniendo además el foco en tres colectivos con necesidades específicas: personas con enfermedad, personas mayores, y personas jóvenes y menores de edad, de forma que se den las respuestas más adecuadas a sus diferentes situaciones, necesidades y prioridades. De esta forma, el PS 2013-2020 se ha articulado en torno a cinco áreas prioritarias (en adelante AP / AAPP): 1 Equidad y responsabilidad, 2 Personas con enfermedad, 3 Envejecimiento saludable, 4 Salud infantil y juvenil y 5 Entornos y conductas saludables.

1.2. ESTE DOCUMENTO

Una vez concluida la vigencia del PS 2013-2020, procede realizar una evaluación completa de su ejecución que permita valorar sus logros y resultados y extraer lecciones y aprendizaje para así constituir una base más sólida sobre la que iniciar el diseño, redacción y puesta en marcha del próximo PS, como instrumento fundamental para el desarrollo de las sucesivas políticas de salud. La evaluación ha sido encomendada por la Dirección de Salud Pública y Adicciones (en adelante DSPA) adscrita al Departamento de Salud (en adelante DS) del Gobierno Vasco (en adelante GV) a un equipo de personas profesionales externas e independientes perteneciente a la empresa LKS NEXT. Este documento constituye el informe final de la evaluación del PS 2013-2020, y como tal, se articula en cinco capítulos: Introducción, Resultados, Conclusiones y Lecciones Aprendidas y Recomendaciones.

1.3. OBJETIVOS Y ALCANCE

Los objetivos de la evaluación son los siguientes:

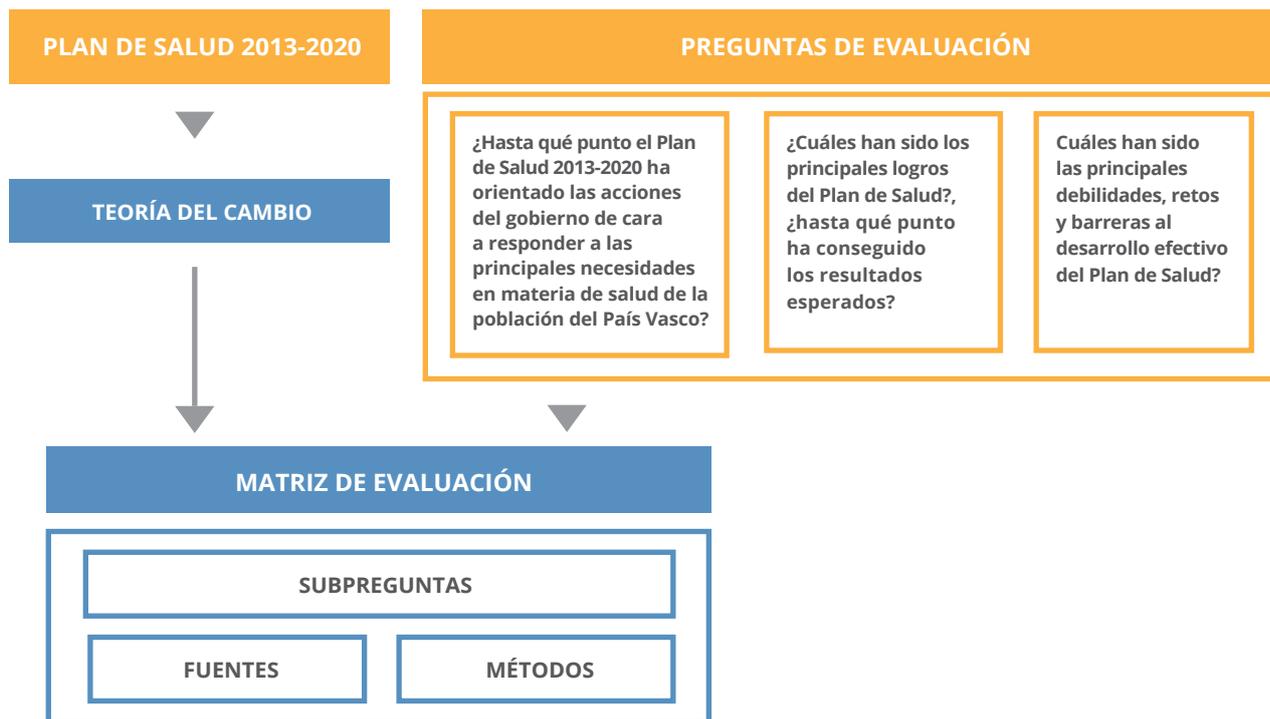
- **Estimar logros obtenidos** por el PS 2013-2020, identificar su valor añadido, **lecciones aprendidas, factores de éxito, barreras y obstáculos** a su implementación,
- Establecer recomendaciones de cara a **dotar de mayor valor estratégico al próximo PS**.
- Todo ello además con un **propósito**: valorar la eficacia del PS como instrumento rector de políticas sanitarias y proveer input valioso para aumentar la relevancia, pertinencia y aceptabilidad del próximo PS.

El alcance de la evaluación es el **PS 2013-2020 en su integridad**, incluyendo las cinco **AAPP**, en su **dimensión intersectorial**, y en las perspectivas de los **principales actores concernidos** por el PS en Euskadi.

1.4. METODOLOGÍA SEGUIDA

El trabajo se ha desarrollado entre los meses de septiembre y diciembre de 2021, y se ha sustentado en un amplio **análisis documental** (la relación completa de documentación analizada aparece en el Anexo I), y, especialmente, en **32 entrevistas individuales y grupales**, con una duración media de hora y media, a un total de aprox. **50** personas interlocutoras (la relación completa de personas entrevistadas aparece en el Anexo II). También se ha mantenido una sesión de trabajo con cada uno de los tres Grupos de Contraste conformados correspondientes a las AAPP 1 Equidad y responsabilidad, 2 Personas con enfermedad y 3 Envejecimiento saludable con personas interlocutoras cualificadas de cada área, algunas previamente entrevistadas y otros no. En las reuniones los Grupos de Contraste han contestado las preguntas de evaluación del área correspondiente sobre la base de la propuesta elaborada por el Equipo de Proyecto a partir de lo recabado en las entrevistas y en el análisis documental (la relación completa de asistentes aparece en el Anexo III).

La metodología de evaluación del PS se ha fundamentado en tres conceptos básicos:



PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Han sido formuladas de manera que permitan alcanzar los objetivos establecidos para la evaluación, dando a su vez respuesta a los criterios que debe seguir una evaluación de políticas públicas.

1. ¿Hasta qué punto el PS 2013-2020 ha orientado las acciones del gobierno de cara a responder a las principales necesidades en materia de salud de la población del País Vasco?
2. ¿Cuáles han sido los principales logros del PS?, ¿hasta qué punto ha conseguido los resultados esperados?
3. ¿Cuáles han sido las principales debilidades, retos y barreras al desarrollo efectivo del PS?

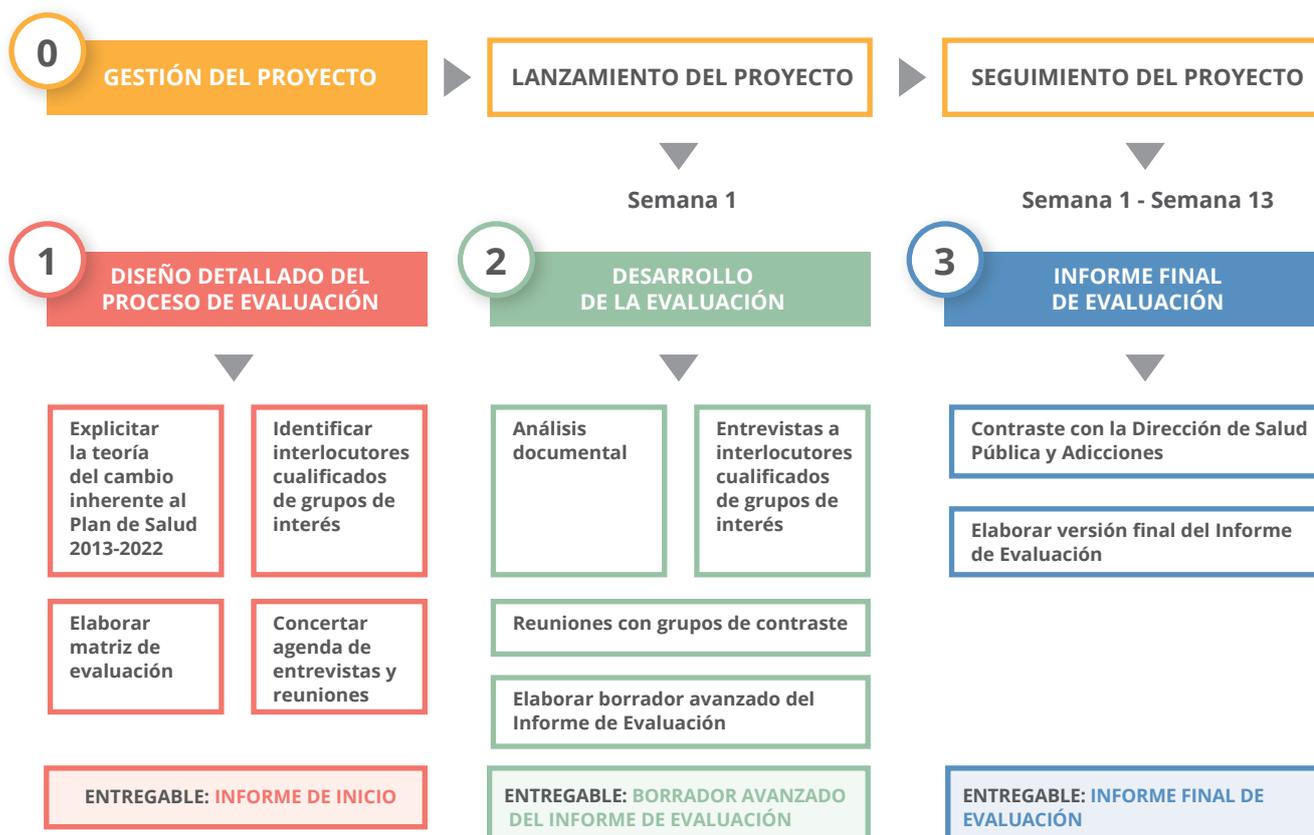
TEORÍA DEL CAMBIO

Aunque no se formule de manera explícita, todo plan lleva implícita una teoría del cambio al definir acciones para la consecución de los objetivos establecidos y medir su resultado mediante un panel de indicadores. El PS 2013-2020 no es una excepción. Las 5 AAPP se despliegan en 35 objetivos, para cada uno de los cuales se han definido indicadores y una serie de acciones, lo que inherentemente establece la hipótesis de su eficacia para la consecución del objetivo en cuestión. Una vez establecidas las preguntas de evaluación, se ha formulado una teoría del cambio para cada objetivo, que explicita las hipótesis que subyacen detrás de la relación causa/efecto entre acciones y resultados finales, definiendo, si procede, resultados parciales con sus correspondientes indicadores.

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Constituye la herramienta metodológica básica a partir de la cual se articula el proceso de evaluación al concretar para cada objetivo las preguntas de evaluación, las fuentes de verificación y los métodos de evaluación. La matriz de evaluación de cada objetivo presenta los siguientes componentes: Subpreguntas, fuentes de verificación y métodos de evaluación.

El **plan de trabajo** se ha articulado en tres grandes fases:



1. Diseño detallado del proceso de evaluación, en la que se ha explicitado la teoría del cambio para todos los objetivos, se ha elaborado la matriz de evaluación y se han identificado documentos, fuentes de información e personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés.

2. Desarrollo de la evaluación, que ha incluido las siguientes líneas de trabajo:

a. **Análisis documental.**

b. **Entrevistas a personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés.**

c. **Reuniones de grupos de contraste.**

3. Informe final de evaluación, tras la elaboración de un borrador avanzado del Informe de Evaluación y el contraste de éste con responsables con cualificación del DS, se ha elaborado el Informe de Evaluación definitivo.

1.5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

ROL DEL PLAN DE SALUD COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA EL DISEÑO DE LAS POLÍTICAS PRIORITARIAS EN SALUD

La cúspide del PS como herramienta estratégica se encuentra en los principios y conceptos que proclama como guía tanto para el establecimiento de objetivos y líneas de actuación dentro del propio PS, como de todas las intervenciones que se deriven del mismo a través de diferentes instrumentos de planificación. En el PS 2013-2020 algunos de estos conceptos (salud en todas las políticas, equidad), no sólo se han proclamado, sino que además se han concretado en objetivos, lo que tiene la virtud de permitir establecer líneas de acción específicas para reforzar su materialización. El problema es que este mecanismo no ha garantizado que estos conceptos impregnen suficientemente al resto de los objetivos y acciones. La lección no es tanto que estos conceptos no puedan ser formulados como unos objetivos más, sino que es necesario habilitar mecanismos en la elaboración del nuevo PS para garantizar que el resto de los objetivos y acciones se formulan y ejecutan de manera consecuente con ellos.

El PS presenta características que aumentan las dificultades y barreras a las que se enfrenta cualquier plan de carácter estratégico: un largo periodo de vigencia (8 años) y un espectro amplio y dispar de agentes sobre los que debe incidir, algunos de ellos grandes y complejas organizaciones como Osakidetza, y otros agentes para los cuales la salud es un factor que no forma parte de su núcleo de actividad. En este contexto, es un auténtico reto establecer una formulación a la que todos los agentes implicados puedan recurrir para orientar sus políticas y actuaciones durante ocho años, esto es, que les aporte criterios para decidir en cada momento qué intervenciones deben llevar a cabo y cómo diseñarlas.

Al respecto, el alcance y nivel de detalle del PS es una cuestión crítica. No son útiles formulaciones excesivamente genéricas en las que tienen cabida un amplio abanico de actuaciones. Este es un problema que se ha puesto de manifiesto en ámbitos como el AP3 "Envejecimiento saludable". Pero tampoco son útiles formulaciones excesivamente concretas que puedan quedar obsoletas en poco tiempo y que las y los responsables de ejecutarlas perciban que les constriñen a la hora de abordar la temática en cuestión en determinados entornos y momentos. Este problema se ha manifestado en algunos objetivos, acciones e indicadores del AP2 "Personas con enfermedad".

Detrás de esta cuestión subyace la relación entre el PS y aquellos instrumentos que determinan de una manera más concreta la actividad de los diferentes agentes. Por ejemplo, en el caso de Osakidetza, su plan estratégico corporativo, el de cada una de sus organizaciones de servicio, los planes de gestión o el CP. El alineamiento del PS 2013-2020

con estos instrumentos no ha sido todo lo directo e inmediato que debería haber sido. La lección que se extrae es que para que el PS oriente el día a día de todas las organizaciones implicadas, especialmente si mantiene una formulación que no llegue en exceso a lo concreto, los instrumentos mencionados tienen que alinearse con éste desde un primer momento para establecer acciones e intervenciones coherentes con las directrices del PS y adecuadas para cada momento y entorno.

En lo que respecta a estrategias, políticas y actuaciones de otros agentes sectoriales, el rol del PS como herramienta estratégica es más complejo, porque para estos agentes, si bien la salud es un factor que deben contemplar, no es en todos los casos una cuestión estratégica que afecte a su núcleo de actividad. La realidad que se ha constatado es que cuando desde el DS se dejó de impulsar el uso de instrumentos específicos para alinear el PS con planes e iniciativas de otros sectores ("La Lente de la Salud", las evaluaciones de impacto en salud), su uso decayó. La lección extraída es que el DS debe poner los instrumentos y los recursos necesarios para orientar desde la perspectiva de la salud en todas las políticas, las estrategias, políticas y actuaciones de otros agentes sectoriales y reformularlas o adaptarlas en consecuencia.

En lo que se refiere a la sanidad privada, que gestionan el aseguramiento privado y en muchos casos apoyan a la sanidad pública mediante la fórmula de la concertación de servicios, con el 28% de las camas hospitalarias de Euskadi o el 33% del total del gasto sanitario, el PS está lejos de sus políticas y estrategias. Además, no ha participado en su formulación ni en su despliegue, aunque sí reconocen que algunos de los retos y preocupaciones son compartidos.

El prolongado periodo de vigencia acarrea el riesgo de que tanto objetivos y líneas de actuación como el propio diagnóstico de situación queden obsoletos antes de tiempo. En definitiva, que el PS deje de resultar una herramienta estratégica efectiva durante todo su periodo de vigencia. En este sentido, se ha constatado el decreciente interés que han mostrado muchos de los agentes implicados con relación al PS 2013-2020. La lección aprendida es que para mantener la vigencia del PS hay que dotar de una visión prospectiva al diagnóstico de situación durante la elaboración del PS, así como incorporar en el despliegue instrumentos, no simplemente de seguimiento y evaluación, sino también de revisión y, en su caso, reformulación parcial del PS.

El cuadro de mando del PS es, asimismo, un instrumento fundamental para garantizar su efectividad como herramienta estratégica. Todos los indicadores del PS 2013-2020 estaban asociados a objetivos, y muchos eran de proceso y de cumplimiento de acción. Esta formulación presentaba dos problemas, Por una parte, el PS carecía de un cuadro de mando para monitorizar la evolución del estado de salud de la población. Por otra, en muchos casos no se medía la cumplimentación del objetivo, esto es, el impacto en salud de las acciones. La principal lección es que el cuadro de mando del futuro PS, de manera coherente con la función del PS como herramienta estratégica de más alto nivel y con una formulación no excesivamente concreta de líneas de actuación, tiene que monitorizar la

evolución del estado de salud de la población y el cumplimiento de los objetivos establecidos en términos de valor en salud, bienestar y calidad de vida, siempre que sea posible sobre una base científica, dejando las mediciones de proceso y actividad para los instrumentos de despliegue que concretan las iniciativas e intervenciones en salud.

La efectividad del PS como herramienta estratégica también depende en gran medida de los mecanismos de gobernanza y gestión que se establezcan para su despliegue y seguimiento. Lo cierto es que, si bien la gobernanza a alto nivel que ha establecido el PS 2013-2020 (Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas) ha funcionado, no se puede decir lo mismo de los instrumentos de coordinación (comisiones mixtas, grupos de trabajo intersectoriales o redes de salud local) cuya operatividad en algunos casos ha decaído a lo largo del tiempo. La lección es que el nuevo PS debe establecer mecanismos para impulsar y sistematizar el uso de estos instrumentos.

Finalmente, en relación con la comunicación, diferentes personas interlocutoras trasladan la falta de comunicación hacia los colectivos afectados, tanto en el momento de la aprobación del PS como durante su desarrollo y despliegue. Así, por ejemplo, la mayoría de las personas consultadas, que han participado en aportar información para la realización de las evaluaciones anuales, han echado en falta recibir algún tipo de *feed back* de los resultados de las evaluaciones.

PRINCIPALES CONTRIBUCIONES Y LOGROS DEL PLAN DE SALUD 2013-2020

Un gran logro del PS ha sido poner encima de la mesa el concepto de salud en todas las políticas sobre la base del modelo de determinantes sociales de la salud, y que, a consecuencia de ello, los diferentes agentes sectoriales cuyas políticas inciden sobre la salud de las personas, hayan interiorizado este concepto. A ello ha ayudado haber articulado desde el primer momento una gobernanza multisectorial, y especialmente el hecho de que el Lehendakari haya presidido la Comisión Directora del PS.

También es importante constatar que se ha profundizado en el análisis de las desigualdades sociales mediante la incorporación de nuevas variables en análisis, estadísticas y estudios sobre el estado de la salud de la población que permiten obtener información desagregada por sexo, edad, lugar de residencia, grado de privación socioeconómica y nivel de estudios.

Otro logro muy importante es la integración asistencial. Osakidetza ya se articula organizativamente en torno a organizaciones de servicios integrados, y ya se ha avanzado en la definición de guías clínicas y rutas asistenciales que transcurren entre los diferentes niveles.

Con relación a condiciones de salud y patologías concretas, donde se tiene una percepción de haberse producido un mayor avance es en seguridad clínica, uso adecuado de fármacos y cáncer.

De una manera más concreta, el concepto de envejecimiento saludable ha tomado peso, sobre todo, a nivel institucional y también en una parte de la población mayor que es la que se involucra en los programas locales de envejecimiento activo, algo muy importante teniendo en cuenta que se trata de una franja de población que tiene cada vez más peso y que se trata de la más demandante de servicios sanitarios.

Se reconoce que se ha avanzado en trabajar la promoción de la salud, contando para ello con otros agentes que lo pueden hacer posible, más allá del DS y Osakidetza. En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que de alguna manera han tenido el PS como una referencia y que han hecho posible el desarrollo de las actuaciones: Plan de Actividad Física de Euskadi, MUGIMENT; Plan de obesidad infantil; Gazte Plana; Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi; Plan de Adicciones de Euskadi; Programa Marco Ambiental; Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo y más recientemente, el I Plan Municipal de Salud de Bilbao...

PRINCIPALES RETOS DEL PLAN DE SALUD

La materialización del concepto de salud en todas las políticas sobre la base del modelo de determinantes sociales de la salud ha sido interiorizada por los diferentes agentes, pero su materialización aun afronta algunos retos.

El primer reto es imbricar este concepto en la operativa común de planificación y diseño de políticas de todos los agentes implicados. La lección aprendida al respecto es la necesidad de mantener la labor de sensibilización y soporte a estos agentes, lo que, en la práctica, requiere dotarse de una estructura de trabajo y gestión con recursos profesionales cualificados con disponibilidad para esta función. Otra lección aprendida es la necesidad de implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional en la elaboración del PS para conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades, y trabajar en clave de compromiso, lo que, teniendo en cuenta la cantidad y diversidad de agentes, representa en sí mismo un reto. Y el tercer reto, es poder articular mecanismos de revisión del PS que permitan incorporar a lo largo del periodo de vigencia, nuevos contextos sociales y económicos, que van surgiendo y que pueden tener un impacto en la salud poblacional incluyendo los condicionantes introducidos por el COVID-19.

Se ha avanzado en la implantación del concepto equidad, pero aún representa un reto que el concepto impregne todas las actuaciones relacionadas o que tienen impacto sobre la salud de las personas. Por ejemplo, en la investigación en salud se ha detectado durante mucho tiempo un sesgo de género. También el concepto de análisis de las desigualdades en salud mantiene su vigencia con la posibilidad de un mayor desarrollo incorporando nuevas variables como, por ejemplo, el país de origen, la etnia o la religión, o la situación económica.

La formulación de objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas tiene la virtud de identificar y poner el foco en las patologías más prevalentes y críticas, pero, por otra parte, pone el acento más en la enfermedad que en las personas enfermas, lo que es, en cierto modo, contradictorio con el objetivo de una atención centrada en la persona. Por ejemplo, en el caso de una persona pluripatológica frágil, el objetivo es lograr un bienestar general de la persona, no la curación de todas y cada una de las patologías que padece, independientemente de su prevalencia o mortalidad. La lección no es tanto disociar objetivos de patologías sino la necesidad de una reflexión durante la elaboración del próximo PS para lograr una formulación que, sin desviar el foco de los principales problemas de salud que afectan a la población, ponga en el centro a las personas y su bienestar.

Otro reto pendiente es la culminación de la integración sanitaria bajo la premisa de atención centrada en la persona y, especialmente, la consolidación de la coordinación sociosanitaria. En cuanto a la integración sanitaria, si bien el avance logrado es evidente, dos importantes retos son recuperar los logros alcanzados antes de la pandemia, y, muy especialmente, retomar la estrategia de Atención Primaria.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria, el reto será desplegar la estrategia definida para el periodo 2021-2024 y contribuir al modelo de cuidados de larga duración que se está definiendo entre las Instituciones Vascas y que pone a la persona mayor en el centro. Todo ello, con un máximo aprovechamiento de las oportunidades que presentan las tecnologías de la información y la comunicación y en especial la interoperabilidad de los sistemas de información que se necesita para prestar un servicio de atención continua e integral.

Algunas de las prioridades trabajadas en el PS siguen siendo pertinentes, y habrá que tenerlas en cuenta en el futuro PS, es el caso de los cuidados paliativos que han conocido en este periodo un importante impulso y despliegue, pero se deberá seguir profundizando, y evolucionando hacia un concepto más amplio como es la atención al final de la vida. O la obesidad que se mantiene como factor negativo relevante del nivel de salud, que no ha mejorado, por lo que se debe seguir insistiendo en su prevención, especialmente en la infancia y juventud. La salud mental es otro ámbito del PS que precisa mantener un impulso decidido, con un doble enfoque, el de la enfermedad mental, que sigue necesitando apoyos y recursos, y el del bienestar emocional, psicológico y social, donde la promoción y la prevención cobran especial relevancia, y las actuaciones y los agentes intervinientes exceden a lo meramente sanitario, siendo necesaria la implicación de otros agentes del ámbito de la educación, lo social, etc. Además, los riesgos psicosociales están emergiendo con fuerza en el entorno laboral lo cual tiene un efecto directo en el nivel de salud mental de la población.

Nuevos retos que no estaban presentes en la formulación del PS pero que han surgido posteriormente están ligados a conceptos como la medicina personalizada basada en información genética y la medicina basada en valor, o patologías como las enfermedades neurodegenerativas.

En cuanto al ámbito del envejecimiento saludable el reto, más allá de la enfermedad o patologías relacionadas con la edad, es mantener el acompañamiento de todos los niveles institucionales donde se encuentran repartidas competencias de planificación y programación dirigidas a esta franja de la población: instituciones que tienen diferentes ritmos, modelos de gestión, sistemas de información, ... Una lección aprendida es que no es suficiente con diseñar un plan, marcar objetivos y acciones y esperar a que los agentes o instituciones concernidas se pongan a trabajar y además lo hagan de forma coordinada y colaborativa. Para avanzar en contextos interinstitucionales hacen falta recursos específicos y espacios de intercooperación acordados y negociados. De cara al nuevo PS se identifican, hoy, varios marcos de colaboración interprofesional e interinstitucional que se han ido consolidando en estos años con capacidad para contribuir a este fin; la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, el PAM, Euskadi Lagunkoia y BetiOn. Incorporar o reforzar donde ya está contemplado el espacio comunitario (propio de la salud pública) se considera también importante pensando en un nuevo Plan de Salud.

La prevención y promoción de la salud infantil y juvenil sigue teniendo un valor relevante en cuanto que trata de incorporar hábitos saludables desde el inicio de la vida y así contribuir a un estado de salud más favorable para el conjunto de la sociedad. Necesita dedicarle tiempo de calidad de las y los profesionales. Una lección aprendida es la necesidad de tener en cuenta la importancia del ámbito educativo y en consecuencia la necesidad de definir objetivos y planificar acciones con mirada de medio-largo plazo de manera conjunta, teniendo en cuenta las prioridades y márgenes de gestión del sistema educativo. La necesidad de disponer de espacios de coordinación: salud-educación, también es una lección aprendida. Cuando han desaparecido se han echado en falta, ya que la efectividad de hacer un seguimiento conjunto de la implantación de medidas, programas, proyectos ha demostrado tener mayor potencia en el impacto que puede generar.

Se ha avanzado también en la promoción de la salud en colaboración con otros agentes sectoriales, orientando actuaciones en materias como alimentación saludable, actividad física, adicciones, o el entorno ambiental y el entorno laboral. En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que han tenido como referencia el PS. Los agentes que han participado en la evaluación insisten en la importancia de seguir colaborando desde la propia formulación del PS. Además, en relación con el rol que corresponde al DS y más concretamente a la DSPA, es necesario dotar de mayores capacidades, tanto recursos humanos como económicos, de manera proporcionada a los objetivos y relevancia que la materia exige, y tanto en el desarrollo de iniciativas internas como en la colaboración y coordinación con otros agentes.

En relación con los entornos saludables, además de los que ya contempla el PS, es necesario abordar otros como la vivienda, el espacio urbano, la movilidad y el transporte, el sistema educativo, las políticas de redistribución de la riqueza, el acceso a un trabajo digno... ofreciendo protección a la ciudadanía frente a aquellos riesgos que no están en su mano prevenir, sino que dependen de la acción de instituciones, organizaciones públicas y privadas.

1.6. RECOMENDACIONES

A partir de los Resultados de la Evaluación, las Conclusiones y Lecciones Aprendidas, se ha creado un capítulo específico para, en clave de futuro, recoger las recomendaciones que el equipo evaluador ha considerado pertinente realizar al objeto de que se tengan en cuenta en el futuro Plan de Salud, tanto en cuanto al propio rol y relevancia del PS, su proceso de elaboración y el modelo de gestión para su despliegue y seguimiento así como aquellos aspectos que en clave de Futuros Retos sería interesante contemplar:

ROL DEL PLAN DE SALUD	
PRINCIPIOS	<p>El PS debe proclamar los grandes principios que deben guiar la estrategia, las políticas y las actuaciones con impacto sobre la salud (salud en todas las políticas, equidad, universalidad de la atención...), pero, además, debe ir acompañado de mecanismos que permitan garantizar el alineamiento de todas las intervenciones en salud con estos principios.</p> <p>Esto es, mecanismos que induzcan a las personas responsables de diseñar, ejecutar y evaluar las intervenciones en salud (desde el plan de legislatura al CP o los planes de gestión de las organizaciones de servicio) a preguntarse si efectivamente se formulan, implementan y evalúan de manera coherente con estos principios.</p>
COMPROMISO	<p>Más allá de la colaboración, la participación y el empoderamiento, un concepto que podría ser muy poderoso dentro de la formulación conceptual que guíe la formulación y el despliegue del PS es el de Compromiso, esto es, el Compromiso que deben asumir todos y cada uno de los agentes implicados, incluida la propia ciudadanía.</p> <p>Para ello debe a su vez ser capaz de integrar objetivos compartidos con otras áreas del GV y de otros niveles de la Administración Vasca en la definición del nuevo PS.</p>
FORMULACIÓN	<p>El PS, partiendo de un análisis del estado presente y previsiblemente futuro de la salud de la población, debe blindar los grandes principios que deben guiar las intervenciones en salud, dibujar un horizonte objetivo en términos de salud y establecer las grandes líneas para su consecución.</p> <p>Pero no debe especificar intervenciones concretas ni indicadores de proceso o ejecución, las cuales deberán ser formuladas en los instrumentos de planificación que se deriven del PS (planes de legislatura, planes estratégicos de Osakidetza y sus organizaciones de servicio, planes de gestión, CP).</p> <p>Para ello, todos estos instrumentos se deben reformular en cascada a la luz del PS una vez que éste haya sido aprobado.</p> <p>Complementariamente, es necesario un proceso periódico de reflexión para analizar la vigencia de la formulación del PS y, en su caso, revisarla.</p>

ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD

PROSPECTIVA

En el proceso de Reflexión del nuevo PS se debe incorporar la **visión prospectiva**, que ayude a **anticipar el futuro, a visualizar las grandes tendencias**, a prever situaciones de riesgo, a identificar aquellos aspectos que en el futuro pueden tener un gran impacto en la salud.

PARTICIPACIÓN

En el proceso de elaboración del futuro PS se recomienda **implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional**, al objeto de conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades. Se trata de contar con todos los grupos de interés, tanto en su elaboración como en los instrumentos de gobernanza y monitorización.

Asimismo, se ve necesario incorporar un enfoque de empoderamiento de las personas hacia su salud.

DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

GOBERNANZA

Los mecanismos para asegurar el **despliegue, implantación y seguimiento** del PS van a requerir seguir trabajando en la Gobernanza necesaria para ello, y en la necesidad de una **estructura específica en el ámbito de salud pública** que lidere la implantación del concepto de salud en todas las políticas a nivel político, de gestión y técnico.

Las funciones de esta estructura, además de prestar asesoramiento a los órganos de gobernanza (Comisión Directora del PS y Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas) y seguir difundiendo el concepto, serían alinear estrategias sectoriales con el PS, evaluar el impacto en salud y asesorar en el diseño de iniciativas en otros ámbitos sectoriales con previsible impacto sobre la salud y coordinar acciones conjuntas sobre el terreno.

Durante la ejecución del PS el uso de instrumentos de coordinación como comisiones mixtas, grupos de trabajo intersectoriales o redes de salud local, ha decaído con el tiempo. Es necesario impulsar de nuevo este tipo de instrumentos.

<p>CUADRO DE MANDO</p>	<p>Además de indicadores ligados a objetivos, el PS debería contener una batería de indicadores generales que monitoricen la evolución del estado de la salud de la población.</p> <p>El PS debería establecer el marco y los mecanismos necesarios para poder evaluar el impacto de las intervenciones en salud sobre una base científica, estableciendo la organización y las dotaciones de recursos necesarias para ello.</p> <p>Algunos de los indicadores utilizados para hacer el seguimiento del cumplimiento de los objetivos se obtienen de la ESCAV, cada 5 años y son de percepción. Se considera que habría que contar con otros indicadores, más allá de los de percepción que complementen y de alguna manera “objetiven” sus resultados. Además, algunas de las estrategias y/o programas sectoriales utilizan indicadores que podrán ser una referencia a tener en cuenta en el PS: actividad física, entorno ambiental, entorno laboral.</p>
<p>RECURSOS</p>	<p>Dotar de los recursos humanos y económicos para el desarrollo del futuro PS.</p> <p>En relación con los recursos económicos valorar la conveniencia de dotar del correspondiente presupuesto al futuro PS documentándolo en la correspondiente memoria económica.</p> <p>En relación con los recursos humanos valorar la pertinencia de contar con un equipo de personas en el DS cuyas funciones estén ligadas directamente con el despliegue y seguimiento del PS: Secretaría Técnica del PS.</p>
<p>COMUNICACIÓN</p>	<p>Definir la Estrategia de Comunicación en relación con el PS. Identificando los públicos objetivo, mensajes a transmitir a cada público, canales y acciones comunicativas tipo.</p> <p>El PS debe ser objeto de socialización entre todos los grupos de interés afectados, al objeto de darlo a conocer, de compartir sus principios y prioridades, de facilitar su comprensión y sensibilizar, para que todas las partes interesadas lo conozcan y sean conscientes de cómo podrán contribuir en su despliegue.</p> <p>Serán críticos los mensajes, la imagen del PS, lo que se comunique y cómo se comunique, en definitiva, la Estrategia de Comunicación que contribuya a lograr la adhesión de todos los grupos de interés al PS.</p> <p>Además, esta comunicación deberá continuar durante el periodo de despliegue del PS en coherencia con la Gobernanza establecida.</p>

RETOS DEL FUTURO PLAN DE SALUD

NUEVOS RETOS

La formulación del nuevo PS debería tener en cuenta conceptos novedosos como el de **“One Health”** o el de la **Sostenibilidad**. Con relación a este último, el PS debería formularse de manera que esté orientado a contribuir en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la **Agenda 2030**.

También debería contemplar conceptos innovadores como la **medicina personalizada** basada en información genética o sobre cómo las **nuevas tecnologías de la información** (big data, inteligencia artificial...) van a transformar la asistencia sanitaria.

EQUIDAD

La **equidad**, aunque no es una novedad es necesario seguir impulsando una investigación sin sesgos de género, así como incorporar nuevas variables (país de origen, etnia, religión...) en el análisis de las desigualdades.

ENFOQUE PERSONA ENFERMA

Durante la elaboración del nuevo PS, es necesaria una reflexión sobre la idoneidad de formular objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas para conseguir una formulación que sin desviar el foco de los principales problemas de salud que afectan a la población, **ponga en el centro a las personas** y promueva una **medicina basada en valor**, teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible en cada momento y el enfoque de la **Atención Centrada en la Persona ACP**.

En relación con la ACP se ha iniciado el desarrollo de dos herramientas, entre otras, que pueden servir de soporte sólido para este reto: Los Planes Individuales de Atención (PIA) y la Planificación Compartida de Decisiones.

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Requiere una mención especial la coordinación sociosanitaria, en la cual, si bien se han llevado a cabo importantes pasos, es necesario persistir y consolidar los avances. En este sentido la **nueva Estrategia 2021-2024 puede ser el marco de partida** para que el nuevo PS con una vigencia mayor alcance plantee escenarios de atención integrada para los cuidados de larga duración distribuidos a lo largo de los municipios vascos.

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Generar entornos que favorezcan buenas condiciones de vida para que las personas puedan tener una mejor salud, además de los que ya contempla el PS, incluir otros como la vivienda, el espacio urbano, la movilidad y el transporte, el sistema educativo, las políticas de redistribución de la riqueza, el acceso a un trabajo digno... ofreciendo protección a la ciudadanía frente a aquellos riesgos que no están en su mano prevenir, sino que dependen de la acción de instituciones, organizaciones públicas y privadas.

Además, seguir trabajando, en colaboración con los agentes competentes, en el concepto de **Territorio Saludable** a partir del estudio de los determinantes ambientales y los resultados obtenidos, y el futuro V Programa Marco Ambiental. En el **Entorno Laboral**, y la futura Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021-2026 y el concepto **Empresa Saludable**.

En base al principio de **Salud en Todas las Políticas**, promover la salud, la equidad en salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas en el **ámbito local, desde la comunidad y con un enfoque integral**.

2.

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ESTE DOCUMENTO

Una vez concluida la vigencia del PS 2013-2020, procede realizar una evaluación completa de su ejecución que permita valorar sus logros y resultados y extraer lecciones y aprendizaje para así constituir una base más sólida sobre la que iniciar el diseño, redacción y puesta en marcha del próximo PS, como instrumento fundamental para el desarrollo de las sucesivas políticas de salud.

La evaluación ha sido encomendada por la DSPA del GV a un equipo de personas profesionales externas e independientes perteneciente a la empresa LKS NEXT.

La evaluación se ha desarrollado conforme a la metodología que se expone posteriormente entre los meses de octubre y diciembre de 2021 y ha contado con la participación de una amplia muestra de grupos de interés.

Este documento constituye el informe final de la evaluación del PS 2013-2020, y como tal, se articula en los siguientes capítulos:

- 1. Introducción.** El presente capítulo presenta el propósito de la evaluación, su contexto y los métodos seguidos.
- 2. Resultados.** Los resultados se presentan siguiendo las principales preguntas de la evaluación y las subpreguntas, según la matriz de evaluación. En esta sección, se presentan únicamente los resultados tras la triangulación (o síntesis de las diferentes perspectivas recogidas y sustentadas por la revisión de la documentación o de otros datos objetivos), sin interpretaciones valorativas.
- 3. Lecciones aprendidas.** Este capítulo sintetiza las lecciones aprendidas transmitidas por las personas entrevistadas y grupos de contraste, sin valoraciones interpretativas.
- 4. Conclusiones.** Sobre la base de los resultados presentados en los capítulos precedentes, se identificarían las conclusiones principales para cada una de las preguntas principales de la investigación, así como en general de manera transversal para todo el PS. Las conclusiones indicadas aquí informarán las recomendaciones que se formularán en la siguiente sección.
- 5. Recomendaciones.** A partir de las conclusiones, se pueden elaborar algunas recomendaciones dirigidas a reforzar la relevancia y efectividad del próximo PS. Las recomendaciones pueden dirigirse a uno o varios actores, que serán identificados.

2.2. EL PLAN DE SALUD 2013-2020

El PS de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del Sistema Vasco de Salud, por el que se establecerán los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles, tal y como establece la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi en su Artículo 13 PS de Euskadi.

El último plan aprobado en el parlamento ha sido el PS 2013-2020. Este Plan, en coherencia con el concepto de “Salud en Todas las Políticas”, ha recogido los compromisos adquiridos por las administraciones de Euskadi con la sociedad vasca en esta materia.

Asimismo, el PS ha querido marcar las líneas a seguir y las prioridades de actuación de nuestro sistema de salud en su conjunto durante sus años de vigencia, para prestar a la población vasca un servicio de calidad y atendiendo a su seguridad clínica, poniendo además el foco en tres colectivos con necesidades específicas: personas con enfermedad, personas mayores, y personas jóvenes y menores de edad, de forma que se den las respuestas más adecuadas a sus diferentes situaciones, necesidades y prioridades.

El PS 2013-2020 se ha articulado en torno a cinco AAPP.

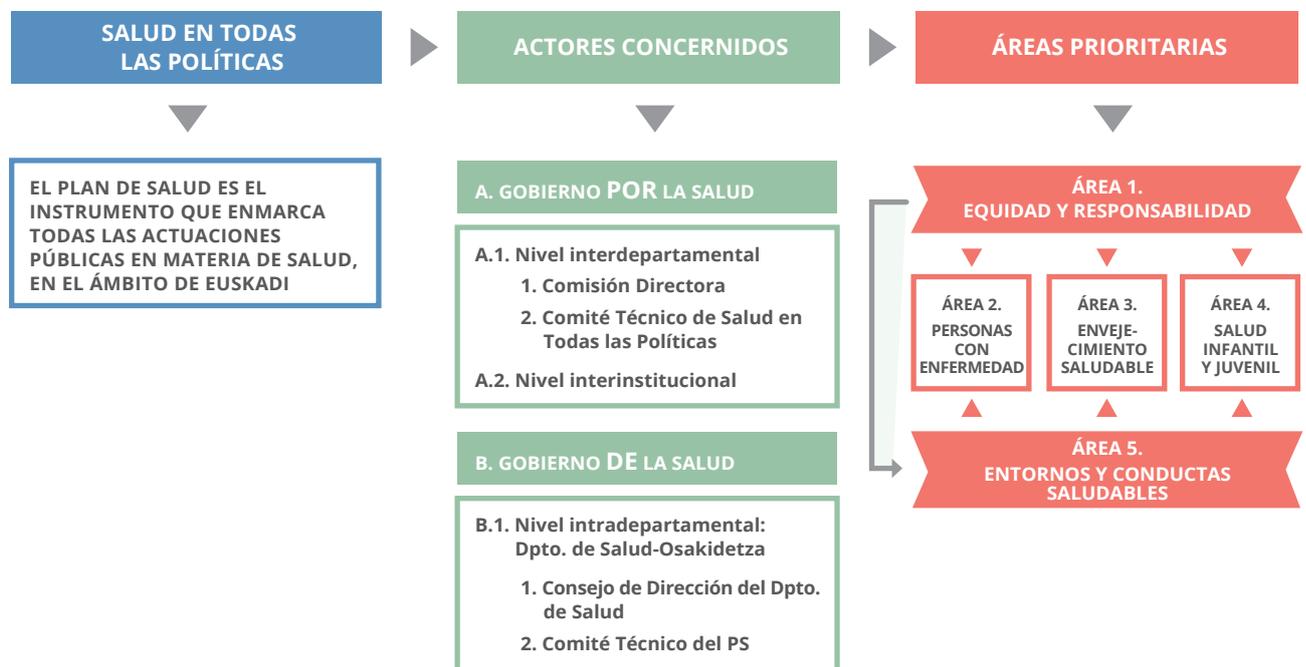
- 1. Equidad y responsabilidad.** Cuya meta es incorporar la salud y la equidad en salud en todas las políticas públicas y fortalecer un sistema sanitario vasco equitativo y de calidad para reducir las desigualdades sociales y de género en salud en la población de Euskadi, mejorando la situación de los grupos más desfavorecidos.
- 2. Personas con enfermedad.** La meta es intervenir sobre las personas con enfermedad para disminuir la morbimortalidad y la discapacidad de las enfermedades.
- 3. Envejecimiento saludable.** Cuya meta es promover un envejecimiento saludable de la población en esta franja de edad.
- 4. Salud infantil y juvenil.** La meta es desarrollar políticas para mejorar las capacidades de la población infantil y juvenil de Euskadi de vivir saludablemente, para minimizar los riesgos de las conductas no saludables y para mejorar las oportunidades sociales y afectivas, teniendo en cuenta la perspectiva de género.
- 5. Entornos y conductas saludables.** Cuya meta es impulsar la promoción de la salud, los entornos y los estilos de vida saludables mediante la colaboración intersectorial en los ámbitos local y comunitario.

2.3. OBJETIVOS Y ALCANCE

Los objetivos de la evaluación son los siguientes:

- **Estimar logros obtenidos** por el PS 2013-2020, identificar su valor añadido, **lecciones aprendidas, factores de éxito, barreras y obstáculos** a su implementación.
- Establecer recomendaciones de cara a **dotar de mayor valor estratégico al próximo PS**.
- Todo ello además con un **propósito**: valorar la eficacia del PS como instrumento rector de políticas sanitarias y proveer input valioso para aumentar la relevancia, pertinencia y aceptabilidad del próximo PS.

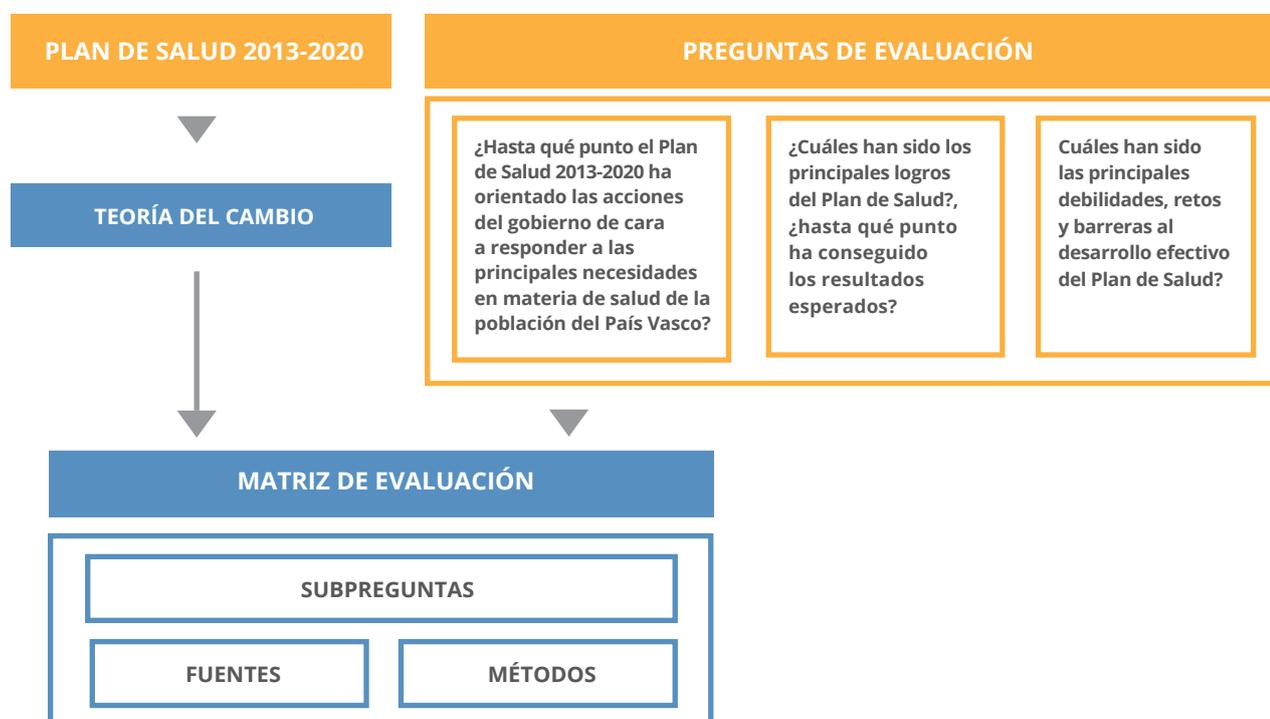
El alcance de la evaluación es el **PS 2013-2020 en su integridad**, focalizando en sus principales **áreas de trabajo**, en su **dimensión intersectorial**, y en las perspectivas de los **principales agentes concernidos** por el PS en Euskadi.



2.4. METODOLOGÍA SEGUIDA

El trabajo se ha desarrollado entre los meses de septiembre y diciembre de 2021, y se ha sustentado en un amplio **análisis documental** (la relación completa de documentación analizada aparece en el Anexo I), y, especialmente, en **32 entrevistas individuales y grupales**, con una duración media de hora y media, a un total de aprox. **50 personas interlocutoras** (la relación completa de personas entrevistadas aparece en el Anexo II). También se ha mantenido una sesión de trabajo con cada uno de los tres Grupos de Contraste conformados correspondientes a las AAPP 1 Equidad y responsabilidad, 2 Personas con enfermedad y 3 Envejecimiento saludable con personas interlocutoras cualificadas de cada área, algunas previamente entrevistadas y otras no. No se ha considerado necesario conformar Grupos de Contraste para las áreas 4 Salud infantil y juvenil y 5 Entornos y conductas saludables. En las reuniones los Grupos de Contraste han contestado las preguntas de evaluación del área correspondiente sobre la base de la propuesta elaborada por el Equipo de Proyecto a partir de lo recabado en las entrevistas y en el análisis documental (la relación completa de personas asistentes aparece en el Anexo III).

La metodología de evaluación del PS se ha fundamentado en tres conceptos básicos:



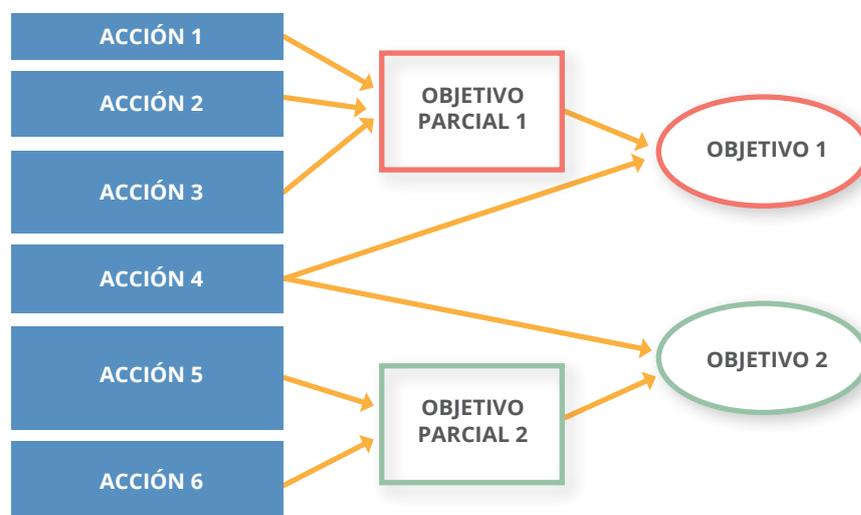
PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Han sido formuladas de manera que permitan alcanzar los objetivos establecidos para la evaluación, dando a su vez respuesta a los criterios que debe seguir una evaluación de políticas públicas.

1. ¿Hasta qué punto el PS 2013-2020 ha orientado las acciones del gobierno de cara a responder a las principales necesidades en materia de salud de la población del País Vasco?
2. ¿Cuáles han sido los principales logros del PS?, ¿hasta qué punto ha conseguido los resultados esperados?
3. ¿Cuáles han sido las principales debilidades, retos y barreras al desarrollo efectivo del PS?

TEORÍA DEL CAMBIO

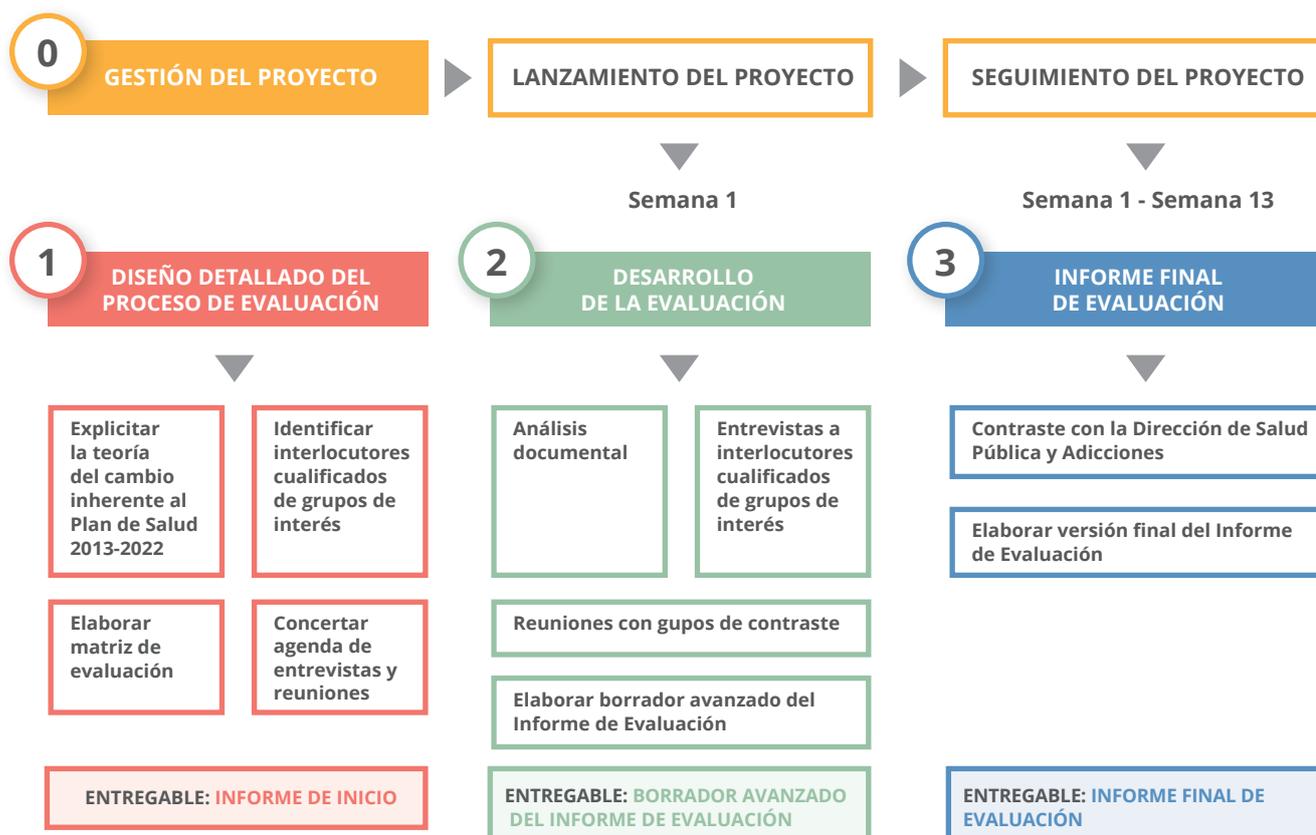
Aunque no se formule de manera explícita, todo plan lleva implícita una teoría del cambio al definir acciones para la consecución de los objetivos establecidos y medir su resultado mediante un panel de indicadores. El PS 2013-2020 no es una excepción. Las 5 AAPP se despliegan en 35 objetivos, para cada uno de los cuales se han definido indicadores y una serie de acciones, lo que inherentemente establece la hipótesis de su eficacia para la consecución del objetivo en cuestión. Una vez establecidas las preguntas de evaluación, se ha formulado una teoría del cambio para cada objetivo, que explicita las hipótesis que subyacen detrás de la relación causa/efecto entre acciones y resultados finales, definiendo, si procede, resultados parciales con sus correspondientes indicadores.



MATRIZ DE EVALUACIÓN

Constituye la herramienta metodológica básica a partir de la cual se articula el proceso de evaluación al concretar para cada objetivo las preguntas de evaluación, las fuentes de verificación y los métodos de evaluación. La matriz de evaluación de cada objetivo presenta los siguientes componentes: Subpreguntas, fuentes de verificación y métodos de evaluación.

El **plan de trabajo** se ha articulado en tres grandes fases:



1. Diseño detallado del proceso de evaluación, en la que se ha explicitado la teoría del cambio para todos los objetivos, se ha elaborado la matriz de evaluación y se han identificado documentos, fuentes de información e personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés.

2. Desarrollo de la evaluación, que ha incluido las siguientes líneas de trabajo:

a. **Análisis documental.**

b. **Entrevistas a personas interlocutoras cualificadas de grupos de interés.**

c. **Reuniones de grupos de contraste.**

3. Informe final de evaluación, tras la elaboración de un borrador avanzado del Informe de Evaluación y el contraste de éste con responsables con cualificación del DS, se ha elaborado el Informe de Evaluación definitivo.

2.5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El proyecto de evaluación se ha desarrollado con la siguiente estructura organizativa:

- **COMITÉ DIRECTOR DEL PROYECTO:** Máximo órgano de planificación, coordinación y seguimiento del proyecto:

Personas componentes:

- Viceconsejero de Salud, Pepe Quintas. Presidente del Comité Director.
- Directora de Salud Pública y Adicciones, Itziar Larizgoitia
- Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, Víctor Bustamante.
- Director de Coordinación de Lehendakaritza, Luis Petrikorena.

- **COORDINADORA INTERNA DEL PROYECTO:** Directora de Salud Pública y Adicciones, Itziar Larizgoitia.

- **SECRETARÍA TÉCNICA:** Apoyo al Comité Director en la coordinación y seguimiento operativo del proyecto.

Personas componentes:

- Directora de Salud Pública y Adicciones, Itziar Larizgoitia.
- Subdirector de Salud Pública y Adicciones, Koldo Cambra.
- Técnicas de la Dirección de Salud Pública y Adicciones: Idoia Basagoiti, Estibaliz Díaz y Elena Aldasoro.
- Equipo LKSNext.

3.

RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. ¿HASTA QUÉ PUNTO EL PLAN DE SALUD 2013-2020 HA ORIENTADO LAS ACCIONES DEL GOBIERNO DE CARA RESPONDER A LAS PRINCIPALES NECESIDADES EN MATERIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO?

¿ES EL PLAN DE SALUD UNA HERRAMIENTA ADECUADA PARA RESPONDER A LAS PRINCIPALES NECESIDADES EN MATERIA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO?

ESTRUCTURA

El PS 2013-2020 se estructura en cinco AAPP, dos de las cuales (1 “Equidad y responsabilidad” y 5 “Entornos y conductas saludables”) tienen un carácter transversal y las otras tres se refieren a colectivos concretos (2 “Personas con enfermedad”, 3 “Envejecimiento saludable” y 4 “Salud infantil y juvenil”).

El AP1 contiene los dos grandes conceptos sobre los que se quería articular la acción en torno a la salud: salud en todas las políticas y equidad. Así, cuatro de los siete objetivos que incluye (1.1 “Salud en todas las políticas”, 1.2 “Equidad”, 1.3 “Determinantes estructurales e intermedios” y 1.6 “Monitorización de las desigualdades en salud”) están directamente relacionados con estos principios. Los objetivos 1.4 “Participación y empoderamiento” y 1.5 “Violencia de género” se refieren a conceptos autónomos en sí mismos, pero que inciden sobre la materialización del concepto equidad. El objetivo 1.7 “Investigación e innovación” no tiene una relación con estos conceptos más allá de la que puede tener cualquier otro objetivo del PS, pero sí tiene carácter transversal.

Interlocutores que han tenido un papel relevante en la formulación de la AP1 y en el seguimiento del PS cuestionan la suposición de que por el hecho de formular como objetivos en un AP los grandes conceptos que deben guiar la acción en materia de salud (salud en todas las políticas y equidad), éstos vayan a impregnar al resto de objetivos y acciones. De hecho, piensan que no ha sido siempre así.

No obstante, en la revisión del resto de AAPP y sus objetivos, se identifican menciones específicas a la perspectiva de las desigualdades sociales por clase social, sexo, edad, país de origen, discapacidad, etc.

La identificación de personas con enfermedad como colectivo objetivo del AP2 es obvia para orientar las funciones más específicas del sistema sanitario, esto es, las actividades diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y paliativas. Los objetivos del AP2 son también heterogéneos: el primero de ellos se refiere al gran proyecto de transformación del modelo asistencial durante la última década (2.1 “Atención sociosanitaria integral, integrada y centrada en las personas”), dos de ellos a ámbitos operativos concretos del sistema sanitario (2.2 “Uso adecuado de fármacos” y 2.3 “Seguridad clínica”), otro a un tipo de paciente y su correspondiente atención (2.4 “Situación terminal y cuidados paliativos”), otro a una condición de salud (2.8 “Obesidad”) y 7 a patologías concretas. La selección de patologías responde a los datos de prevalencia y mortalidad. El PS no indica los criterios de selección de ámbitos operativos y tipos de paciente. En cuanto a la obesidad, en la presentación del AP5 se indica que representa uno de los factores de riesgo con mayor prevalencia según la Encuesta de Salud de la CAPV (en adelante ESCAV).

La identificación del colectivo de personas mayores como colectivo objetivo del AP3 “Envejecimiento saludable” responde al creciente peso demográfico de esta franja poblacional y al hecho de que se trata del colectivo más demandante de servicios sanitarios. Los objetivos y acciones que se plantearon han tenido recorridos más o menos amplios. La opinión unánime de las personas consultadas es que el concepto de envejecimiento saludable es pertinente, y que hay que abordarlo desde una mirada amplia, desde la prevención y promoción de la salud, adaptando las intervenciones: unas más comunitarias, otras más sanitarias, o más sociosanitarias en cada estadio o relación de las personas mayores con su nivel de salud.

La identificación de niños y niñas y adolescentes como colectivo objetivo del AP4 “Salud infantil y juvenil” responde al hecho de que la salud durante las primeras etapas de la vida condiciona la de la vida adulta, especialmente en lo que se refiere a la adquisición de hábitos de vida saludables. Los objetivos y gran parte de las acciones se han cubierto. La aportación de las y los profesionales de AP y del Departamento de Educación en todo ello ha sido crucial, así como de la Dirección de Juventud y sus “Gazte Plana”.

Las medidas y actuaciones del AP5 se configuran desde una perspectiva amplia e intersectorial, trabajando conjuntamente con el resto de Departamentos del Gobierno Vasco e Instituciones de Euskadi. Se establecen siete objetivos que incluyen medidas de promoción de la salud mediante la actividad física, salud alimentaria, salud sexual y reproductiva, y salud mental y de entornos ambientales y laborales saludables, así como medidas de prevención de conductas adictivas como el consumo de alcohol, tabaco y otras adicciones. La identificación de los hábitos responde a su incidencia sobre los factores de riesgo con mayor prevalencia según la ESCAV y a su impacto sobre la morbilidad y mortalidad en determinadas patologías según estudios científicos. El PS no indica los criterios de selección de las problemáticas y los factores de entorno.

Una cuestión que genera diversidad de opiniones es el nivel de detalle que debe tener un PS. En un extremo encontramos a personas interlocutoras con dilatada experiencia en gestión sanitaria y de la salud que consideran suficiente un breve documento en el que se expliciten los principales problemas y retos en materia de salud. Sin llegar a este extremo, desde el sistema sanitario muchas voces creen contraproducente que el PS especifique acciones e indicadores tan concretos como los que se establecen en muchos objetivos del AP2 “Personas con enfermedad”, a su parecer más propias de un plan de gestión que de un PS. Por el contrario, algunas y algunos interlocutores opinan que en otras AAPP como la 3 “Envejecimiento saludable”, los objetivos son demasiado genéricos o que entremezcla contenidos de prevención y promoción de la salud en las personas mayores que es lo que correspondería incluir bajo ese titular con otros que tienen que ver con la atención a la dependencia, más próximo a enfermedad (de ahí el solape con algunos objetivos del AP2. En lo que sí coinciden la mayoría de las personas interlocutoras es que el riesgo de bajar al detalle de las acciones, éstas respondan al momento temporal de elaboración y aprobación del PS, y que con el tiempo puedan quedar obsoletas y que surjan otras que no se incorporen.

RELEVANCIA Y UTILIDAD

Según el artículo 13 de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi, *“El PS de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del sistema, por el que se establecerán los objetivos básicos de salud para la política sanitaria y se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles”*.

Efectivamente, la mayoría de las personas interlocutoras considera que el PS debe ser la referencia estratégica básica a partir de la cual elaboran y despliegan sus correspondientes estrategias, planes y programas. Igualmente, otros departamentos del GV e Instituciones implicados consideran que el PS debe ser la referencia cuando establecen sus propias estrategias sectoriales y/o locales en los aspectos vinculados con la salud.

No obstante, algunas y algunos interlocutores disienten de esta opinión mayoritaria, y se preguntan si realmente el PS proporciona una guía estratégica que orienta hacia lo relevante, o, en realidad, se trata de un compendio de líneas de trabajo y acciones que, independientemente de que se plasmen o no en un PS, serían formuladas y ejecutadas de igual manera. En concreto, dos personas interlocutoras cualificadas consideran que, en la práctica, la principal utilidad del PS es política: menciones en comparecencias en el parlamento, discursos, notas de prensa...

Pero incluso las y los interlocutores más críticos, valoran el hecho de que el PS obliga a reflexionar y poner de relieve los problemas de salud más importantes.

INDICADORES

Un componente fundamental del PS son los indicadores. Para que el PS sea una herramienta adecuada es necesario que los indicadores establecidos ofrezcan una visión precisa y fiel de la situación de la salud de la población y de la consecución de los objetivos planteados.

En el PS 2013-2020 los indicadores se asocian a los objetivos, no hay indicadores de carácter general que ofrezcan una visión de la salud de la población por encima de los objetivos. Se detecta heterogeneidad en cuanto a su naturaleza, se mezclan indicadores de impacto con indicadores de proceso o de cumplimiento de las acciones asociadas a los objetivos, con un peso específico similar a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos. En el caso de muchos objetivos, hay indicadores de proceso sólo para algunas de las acciones, pero no para otras.

La gran mayoría de personas interlocutoras han transmitido una visión crítica de los indicadores, que no siempre se consideran coherentes con la búsqueda de la consecución de éstos. En cuanto a los indicadores que se obtienen de la ESCAV, el principal problema que identifican algunas y algunos interlocutores es su frecuencia cada 5 años que no permite disponer en muchos momentos de una visión actualizada de la situación. Otro aspecto que algunas personas consultadas trasladan es la naturaleza de la ESCAV, basada en percepciones y no en datos objetivos, y en ese sentido apuntan a la necesidad de buscar otros indicadores que complementen y de alguna manera “objetiven” sus resultados.

PERIODO DE VIGENCIA

De manera general, las y los interlocutores valoran positivamente la duración del periodo de vigencia del PS, especialmente porque se eleva por encima de las legislaturas, proporcionando un marco de referencia estable y garantizando la continuidad de las actuaciones a largo plazo.

No obstante, el hecho de que el periodo de vigencia sea tan prolongado, junto a una quizás insuficiente visión prospectiva en su elaboración puede provocar que algunos objetivos pierdan pronto relevancia, que las formulaciones demasiado concretas queden desfasadas en pocos años y que surjan nuevos factores no contemplados inicialmente, e incluso que los diferentes agentes pierdan interés por el mismo.

¿HA PERMITIDO ORIENTAR LAS POLÍTICAS Y ACCIONES DEL GOBIERNO RELACIONADAS O QUE TIENEN INCIDENCIA SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

Para responder a esta pregunta, diferenciamos entre las políticas y acciones del sistema de salud de Euskadi y el resto de las políticas y acciones del Gobierno relacionadas o que tienen incidencia sobre la salud, lo cual es, a su vez, una evaluación del objetivo de salud en todas las políticas.

SISTEMA DE SALUD DE EUSKADI

La gran mayoría de personas interlocutoras del sistema sanitario piensa que es necesario que exista un PS como referencia máxima que guíe las actuaciones del sistema sanitario en general y de Osakidetza en particular. No obstante, son conscientes de que las organizaciones de servicio de Osakidetza no miran al PS como guía para su actividad diaria. Para que el PS tenga incidencia sobre políticas y acciones del sistema vasco de salud, es necesario que los instrumentos que definan y orientan estas políticas y acciones se reformulen para que estén alineadas con el PS: Plan Estratégico de Osakidetza, planes estratégicos de organizaciones de servicio, planes específicos en ámbitos concretos, CP....

Esto no siempre ha sido así. Si bien no hay unanimidad al respecto, algunas y algunos interlocutores indican que no hay un alineamiento claro entre el PS y el CP que acuerdan las organizaciones de servicio de Osakidetza con el DS. Otras y otros interlocutores, con amplia experiencia en el seguimiento y gestión del despliegue del PS, apuntan a la carencia de recursos suficientes en la DSPA para realizar un análisis exhaustivo de los resultados de los CCPP para actualizar en consecuencia los indicadores del PS.

En cualquier caso, tal y como se ha apuntado anteriormente, la percepción general es que, para ser la referencia de más alto nivel, el PS debe establecer los grandes objetivos, pero no objetivos y actuaciones concretas más propias de los instrumentos de despliegue.

En lo que se refiere a la sanidad privada, que gestiona el aseguramiento privado y en muchos casos apoya a la sanidad pública mediante la fórmula de la concertación de servicios, con el 28% de las camas hospitalarias de Euskadi o el 33% del total del gasto sanitario¹, el PS está lejos de sus políticas y estrategias. Además, no ha participado en su formulación ni en su despliegue, aunque algunos de los retos y preocupaciones son compartidos.

OTRAS ÁREAS DEL GOBIERNO VASCO E INSTITUCIONES

La meta del objetivo 1.1 “Salud en todas las políticas” es “Alcanzar un compromiso interinstitucional que impulse la acción intersectorial como estrategia transversal del gobierno, dirigida a hacer que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto del gobierno y de todas las políticas públicas”.

Por este motivo y con el objetivo de mantener un relato coherente en el análisis de acciones y resultados, nos remitimos al capítulo 2.2.1 en el que se presenta una descripción detallada de la consecución de este objetivo, incluida una valoración de hasta qué punto el PS ha orientado las estrategias, políticas y acciones de otros departamentos y áreas del Gobierno Vasco, así como de otras instituciones de Euskadi.

¹ Datos recogidos del informe: “Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2020”. IDIS-Instituto para el Desarrollo e Integración de la sanidad privada.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA TENIDO EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE LA EQUIDAD EN LA ELABORACIÓN DE PLANES Y POLÍTICAS SANITARIAS CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

En el marco del PS se han llevado a cabo múltiples iniciativas para fortalecer la equidad en el sistema de salud. Desde 2013 las desigualdades en salud y la accesibilidad tienen presencia creciente en los sucesivos CCPP que suscriben el DS y las organizaciones de servicio de Osakidetza. En 2018 se realiza un análisis de los determinantes sociales que afectan a la salud. Los determinantes sociales también se incluyen en la ESCAV. Se refuerzan las OSIs, creando nuevas figuras (enfermera o enfermero de enlace, comisiones sociosanitarias...) y se elabora una estrategia específica para la Atención Primaria.

También se ha incorporado la perspectiva de equidad en el desarrollo de los proyectos en los baremos de puntuación para la concesión de ayudas (Subvenciones para la realización de actuaciones para la promoción de la salud que se desarrollen en el marco de procesos de participación comunitaria en el ámbito local; Ayudas a asociaciones orientadas a la mejora de la calidad de vida de colectivos de personas enfermas; Ayudas a las AMPAS para promover la actividad física entre alumnado; Ayudas en el ámbito de las Adicciones para el mantenimiento de equipos técnicos de adicciones así como para el desarrollo de programas de prevención comunitaria y de reducción de riesgos y daños...) atendiendo a los distintos ejes de desigualdad-clase social, sexo, etnia, territorio, diversidad funcional, orientación sexual, creencias... Asimismo, los CCPP incorporan una dimensión específica sobre equidad.

También se ha trabajado (guías, protocolos, formación, Carta de derechos y deberes de pacientes y personas usuarias del sistema vasco de salud) en colaboración con agentes implicados para tener en cuenta la diversidad cultural en la prestación de servicios sanitarios...

Asimismo, en muchos de los objetivos del PS se incluye la referencia a la equidad, con menciones específicas a la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de las desigualdades sociales por clase social, sexo, edad, país de origen, diversidad funcional, etc.

Pero la percepción no es de logro alcanzado, sino más bien de que falta por hacer. Que incluso el conocimiento científico viene sesgado al no considerar, por ejemplo, las diferencias en la manifestación de síntomas entre mujeres y hombres. En algún caso incluso se percibe que la equidad tuvo más peso en la implementación del PS anterior, muy posiblemente por la vocación de personas concretas en el estudio de los determinantes sociales, pero ese impulso se ha perdido en el PS 2013-2020.

3.2. ¿CUÁLES HAN SIDO LOS PRINCIPALES LOGROS DEL PLAN DE SALUD?, ¿HASTA QUÉ PUNTO HA CONSEGUIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS?

ÁREA PRIORITARIA 1: EQUIDAD Y RESPONSABILIDAD

¿HASTA QUE PUNTO LA FORMULACIÓN DEL ÁREA PRIORITARIA Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA INCORPORAR LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, FORTALECER UN SISTEMA SANITARIO VASCO EQUITATIVO Y DE CALIDAD, REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y DE GÉNERO EN SALUD EN LA POBLACIÓN DE LA CAPV, MEJORANDO LA SITUACIÓN DE LOS GRUPOS MÁS DESFAVORECIDOS?

El AP1 contiene los dos grandes conceptos sobre los que se quería articular la acción en torno a la salud: salud en todas las políticas y equidad. Así, cuatro de los siete objetivos que incluye (1.1 “Salud en todas las políticas”, 1.2 “Equidad”, 1.3 “Determinantes estructurales e intermedios” y 1.6 “Monitorización de las desigualdades en salud”) están directamente relacionados con estos principios. Los objetivos 1.4 “Participación y empoderamiento” y 1.5 “Violencia de género” se refieren a conceptos autónomos en sí mismos, pero que inciden sobre la materialización del concepto equidad. El objetivo 1.7 “Investigación e innovación” no tiene una relación con estos conceptos más allá de la que puede tener cualquier otro objetivo del PS, pero sí tiene carácter transversal.

Las y los interlocutores que han tenido un papel relevante en la formulación y seguimiento del PS cuestionan la suposición de que por el hecho de formular como objetivos en un AP los grandes conceptos que deben guiar la acción en materia de salud (salud en todas las políticas y equidad), éstos vayan a impregnar automáticamente al resto de objetivos y acciones. De hecho, piensan que no ha sido así. No obstante, en la revisión del resto de AAPP y sus objetivos, se identifican menciones específicas a la perspectiva de las desigualdades sociales por clase social, sexo, edad, país de origen, discapacidad, etc.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA HECHO EFECTIVA LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS?

El PS 2013-2020 fue pionero en el enfoque de Salud en todas las políticas para incidir sobre determinantes que no dependen del sistema sanitario. Inicialmente el concepto de salud en todas las políticas suscitó escepticismo en otros departamentos del GV, pero la percepción general es que, si bien es necesario seguir trabajando en su materialización, el concepto ha sido interiorizado por todos los agentes implicados.

Las primeras medidas que se adoptaron fueron de índole organizativa para articular la gobernanza del PS de forma coherente con el paradigma de salud en todas las políticas. En primer lugar, se constituyó la Comisión Directora del PS de carácter interdepartamental y presidida por el Lehendakari. La Comisión Directora se ha reunido casi todos los años desde su constitución. Complementariamente se creó el Comité Técnico de Salud en todas las Políticas liderado por el DS y con participación de todos los sectores, cuyo fin es asistir a la Comisión Directora del PS. El hecho de que el Lehendakari aceptara presidir la Comisión Directora del PS, representó un importante espaldarazo para el asentamiento del paradigma de salud en todas las políticas y su interiorización por parte de todos los departamentos implicados.

Complementariamente se han articulado una serie de herramientas, que no aparecen reflejadas en la formulación del PS, para materializar el concepto de salud en todas las políticas. En 2014 se desarrolla la herramienta “La Lente de la Salud” cuyo objetivo es analizar los impactos en salud de un plan-iniciativa-política concreta de Gobierno, elaborar conclusiones y proponer recomendaciones de mejora. A juicio de las y los interlocutores con mayor conocimiento de “La Lente de la Salud”, se trata de un instrumento muy valioso para alinear estrategias y políticas de otras áreas y departamentos del GV con el PS. En 2015 se crearon sendos grupos de trabajo que aplicaron la herramienta al Plan de Empleo 2014-2016 y al IV Programa Marco Ambiental 2020. Posteriormente no ha vuelto a ser aplicada.

Otra herramienta son las Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS) que se realizaron sobre intervenciones concretas como la renovación del Puerto de Pasajes y la reurbanización del barrio Uretamendi-Betolaza circunvalación en Salud. Tampoco esta herramienta ha seguido utilizándose y las causas que se apuntan son las mismas, especialmente la carencia de recursos para implementarla.

En 2014 se lleva a cabo la iniciativa “Ekitalde salud y desarrollo urbano sostenible”, en la que se constituyó un grupo de trabajo con el fin de concretar el papel y la responsabilidad de la Administración Local en la incorporación de la salud en la planificación urbana municipal. Como productos de su trabajo se elaboró una Guía práctica para el análisis del efecto en salud de iniciativas locales de urbanismo y una herramienta informática para guiar el proceso de análisis.

En 2018 se presenta en el Comité Técnico un método de trabajo para la elaboración del informe de validación y compromiso con el PS desde cada uno de los sectores implicados y 4 meses después se presentan en el mismo foro 16 informes sectoriales. En 2019 se realizan 13 informes sectoriales y 15 en 2020. El hecho de que los años en los que se ha reunido la CD, se presente una selección de los informes, en presencia del Lehendakari, sin duda ha impulsado su elaboración y la calidad de los mismos. No obstante, un análisis de los diferentes informes permite constatar una gran heterogeneidad en estructuras y contenidos. En algunos casos el informe consiste en un descargo de actividad del departamento o área en cuestión. A juicio de algunas y algunos interlocutores cualificados, la operativa de informes sectoriales anuales no responde al espíritu de salud en todas las políticas porque no ha supuesto trabajar conjuntamente.

Para plasmar el concepto de salud en todas las políticas a nivel local, se solicitó a los equipos comarcales de las Subdirecciones de Salud Territoriales que contactaran con los ayuntamientos para crear redes locales de salud comunitaria, en las cuales, presididas normalmente por el alcalde o alcaldesa o algún concejal o concejala, participaban también una persona representante del centro de salud (Atención Primaria de Osakidetza), así como representantes de asociaciones, centros educativos... Los equipos comarcales debieron compatibilizar estas nuevas funciones con las que ya tenían anteriormente, con el consiguiente incremento en la carga de trabajo, lo que en la práctica supuso un freno porque había otras prioridades y aún hay muchas redes locales sin constituir. Tampoco el personal técnico de los equipos comarcales recibió una formación específica en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

Por otra parte, el desarrollo del AP 5, orientada a impulsar la promoción de la salud, los entornos y los estilos de vida saludables mediante la colaboración intersectorial en los ámbitos local y comunitario, ha permitido avanzar en la implicación de otros departamentos del GV e Instituciones de manera que en sus estrategias, planes y programas, sectoriales o locales, incorporan la mirada hacia la salud, en sentido amplio, siendo el Modelo de Determinantes de la Salud una referencia compartida.

En este contexto se han definido estrategias y programas que de alguna manera han tenido al PS como una referencia y que han hecho posible el desarrollo de las actuaciones: Plan de Actividad Física de Euskadi, MUGIMENT; Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi; Plan de Adicciones de Euskadi; Programa Marco Ambiental; Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo y más recientemente, el Plan Municipal de Salud de Bilbao.

En definitiva, si bien el concepto ha sido interiorizado por los agentes implicados, la percepción de algunas y algunos interlocutores cualificados es que su materialización en la práctica está resultando lenta y dificultosa. Algunas personas interlocutoras perciben que incluso se ha llegado a banalizar el concepto.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE GARANTIZA LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN IGUALDAD DE CONDICIONES A TODAS LAS PERSONAS?

En el CP entre el DS y las organizaciones de servicio de Osakidetza se incluyen desde 2013 indicadores con objetivos de accesibilidad más ambiciosos que los establecidos en el Decreto 65/2006. Los indicadores del PS 2013-2020 que miden las desigualdades en el acceso a los servicios de salud muestran todos ellos una tendencia positiva hasta 2019, pero esta tendencia se invierte de manera importante en 2020, con toda seguridad a causa de la pandemia.

Asimismo, se ha potenciado la Atención Primaria mediante la introducción de nuevas figuras (enfermera o enfermero de enlace, comisiones sociosanitarias, equipos de atención primaria sociosanitaria, farmacéuticos o farmacéuticas), y la elaboración en 2018 de una estrategia específica, pero el objetivo de incremento de gasto corriente en Atención Primaria frente al total estaba lejos de ser alcanzado en 2019, y en 2020 incluso muestra un descenso con relación a 2013. Indicar al respecto la percepción que existe entre las y los profesionales de Atención Primaria de que este nivel asistencial ha resultado perjudicado a consecuencia del proceso de integración asistencial, que ha perdido identidad.

Varias interlocutoras plantean que la atención y el servicio no deberían ser similares a todos los colectivos y personas, porque muchas veces factores relacionados con el sexo, el nivel de ingresos o la cultura provocan que unos colectivos sean más remisos que otros a la hora de demandar servicios sanitarios o no mantengan en la misma medida entornos y hábitos de vida saludables. En este sentido instan a seguir profundizando en el análisis de determinantes para poder adecuar el servicio a las características de cada colectivo.

También se considera importante que desde Atención Primaria se mantenga contacto con asociaciones o colectivos de personas sensibles, por ejemplo, personas inmigrantes en situación irregular, para facilitar su acceso a los servicios sanitarios eliminando barreras administrativas.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA POTENCIADO LA PARTICIPACIÓN Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS A TRAVÉS DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

En 2014 a través del Comité Estratégico de Organizaciones del Tercer Sector se abordó el despliegue en salud del “Libro Blanco de Participación Ciudadana en Euskadi” y se llevaron a cabo diferentes procesos de deliberación participativa en años posteriores. También en 2014 se incorporó al “Plan Heziberri 2020”, de innovación y desarrollo del Departamento de Educación, la educación sobre hábitos de vida saludable para el alumnado.

En 2015 se aprobó la nueva “Carta de derechos y deberes de pacientes y personas usuarias del sistema vasco de salud”. Por otra parte, las organizaciones de servicio de Osakidetza desarrollan iniciativas de participación y la mayor parte de ellas (13 de 18) disponen en 2018 de una estrategia para la incorporación de la opinión de pacientes. Otra importante iniciativa que aglutina múltiples intervenciones (cursos a pacientes y personal sanitario) desde 2015 es “Paziente Bizia-Paciente Activo”. También en 2015, Osakidetza pone en marcha el proyecto corporativo coordinado por BIOEF “Impulso a la participación ciudadana en el sistema sanitario vasco” en el marco del cual, en 2016 se propone un “Plan de Impulso de la participación ciudadana en el Sistema Sanitario Vasco”.

En 2019 la Dirección de Atención a la Ciudadanía e Innovación y Mejora de la Administración (DACIMA) y la DSPA trabajan en un proyecto piloto con el objetivo de fortalecer a las comunidades para que identifiquen los factores que influyen en su salud e incrementen el control sobre la misma. A nivel corporativo en 2020 se despliega el Programa de Participación Ciudadana en el Sistema Sanitario Público Vasco y se crea el Observatorio de Buenas Prácticas en Participación Ciudadana en el Sistema Sanitario Público Vasco.

A pesar de todas las iniciativas puestas en marcha, algunas y algunos interlocutores trasladan que aún no se ha producido un despliegue sistemático y generalizado de iniciativas de participación, que el problema es escalar, pasar de experiencias puntuales a hacerlo de manera sistemática.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA POTENCIADO LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS DE SALUD? ¿SE HA FAVORECIDO LA TOMA DE DECISIONES CONJUNTA ENTRE TODOS LOS SECTORES IMPLICADOS?

La prevención, detección temprana, abordaje y seguimiento de la violencia contra las mujeres está integrada en el trabajo profesional de Osakidetza e incluye la formación de profesionales en violencia de género. Ante la sospecha de un caso de violencia de género se activa el protocolo de intervención establecido en todas las organizaciones de servicio que incluye registro en la historia clínica y parte de lesiones.

En 2019 se elabora la “Guía de Actuación para Profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi”. Para impulsar su implementación e ir desarrollando nuevos retos en el abordaje de la VG, se han creado 2 comisiones de trabajo (Comisión Directora contra la Violencia de Género en Salud y Comisión Técnica contra la Violencia de Género en Salud) y se ha diseñado un “Plan de Formación Continuada”.

También se han establecido protocolos interinstitucionales de atención a mujeres víctimas de violencia de género y agresiones sexuales y se han implementado protocolos interinstitucionales de colaboración y coordinación sociosanitaria para los casos de personas dependientes víctimas de situaciones de desprotección y/o maltrato.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS MEDIDAS ADOPTADAS (OBSERVATORIO, VARIABLES DE ESTRATIFICACIÓN...) HAN PROMOVIDO Y DESARROLLADO LA MONITORIZACIÓN E INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD?

El Observatorio de la Salud, en fase muy avanzada de desarrollo, describe la situación de salud por zona geográfica y sexo. El Departamento de Salud elabora estudios, estadísticas, análisis...con una perspectiva de género y social (grado de privación económica). Con esto se obtienen datos para la monitorización de desigualdades en salud.

Desde la convocatoria 2015 de *Ayudas a proyectos de investigación en salud* del DS, la perspectiva de género se ha incluido entre los criterios de valoración para la evaluación científico-metodológica de los proyectos presentados.

En 2017 se publicó el informe *“Estado de Salud, determinantes sociales y desigualdades en salud”*. Asimismo, en diciembre de 2018 se publicaron los primeros resultados de la Encuesta de Salud de la CAPV cuyos indicadores se analizaron por separado para hombres y mujeres, por grupos de edad y estratificando por territorio histórico, grado de privación socioeconómica y nivel de estudios.

Algunas y algunos interlocutores consideran que es necesario introducir nuevas variables en el análisis de los determinantes como son la etnia, el origen nacional o la religión, así como el acceso al empleo o las condiciones de las viviendas. Desde el ámbito universitario se percibe una creciente dificultad para obtener datos de salud desagregados por diferentes variables.

También existe en algunas personas interlocutoras la percepción de que realmente no realiza un análisis en profundidad de toda la información que se genera para reorientar las políticas y actuaciones.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA GENERADO CONOCIMIENTO AL SERVICIO DE LA MEJORA DE LA SALUD Y DE LA CALIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

A finales de 2013 se lanzó el **“Plan de Acción en Innovación”** (PAI) y en 2016 se hizo pública la **“Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2020”**. No obstante, algunas opiniones sugieren que no se trata de una estrategia como tal, sino de un programa operativo de mejora, una iniciativa valiosa, en cualquier caso, pero no ambiciosa. En la misma línea, tampoco la formulación del objetivo y de las acciones en el Plan de Salud, al ser tan genérica, ha permitido orientar y monitorizar la investigación. De esta manera, la innovación clínica no ha sido orientada desde la organización, sino que ha venido desde los laterales, desde las y los profesionales que han aprendido en lecturas, congresos... También se considera muy débil la estructura de gobernanza de la innovación sanitaria.

En cualquier caso, durante la vigencia del Plan de Salud se han financiado y llevado a cabo múltiples proyectos de investigación e innovación. Entre los hitos más destacables podemos mencionar el hecho de que desde 2016 Euskadi es un **Reference Site** dentro de la iniciativa europea en innovación para el envejecimiento activo y saludable (**European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP-AHA**) y ha conseguido la máxima calificación (cuatro estrellas) por sus buenas prácticas. También iniciativas como el **programa INNOSASUN** (red colaborativa sanitaria que presta apoyo a empresas y otras entidades para el desarrollo de actividades de innovación), la **Red EUROSASUN** (red colaborativa sanitaria de orientación y apoyo a la participación en proyectos europeos) o la Red ITEMAS (Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias). Hay que destacar también el **programa Baliosasun** que aprovecha el caudal de conocimiento y creatividad existente en el sistema sanitario, y lo transforma en resultados aplicados en el sistema o aflorados para su desarrollo por terceras personas, y la **iniciativa Medtech**, que tiene como objetivo acelerar el proceso de desarrollo de productos/tecnologías/servicios de empresas facilitando su validación y/o testeo en el Sistema Sanitario Público Vasco. El sistema sanitario también participa en 10 Grupos o subgrupos de trabajo en RIS3 biociencias-salud (**Basque Health**).

A nivel organizativo durante el periodo de vigencia del PS 2013-2020 ha sido muy relevante el esfuerzo por constituir y consolidar los institutos de investigación sanitaria: Bio-Cruces, Bio-Donostia, Bio-Araba y Kronikgune que se ha transformado en instituto con un alcance más amplio que el inicial.

¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

Valorar la eficacia de las medidas adoptadas requiere hacer una evaluación del nivel de consecución de los objetivos establecidos, y, en el caso de los objetivos establecidos en el AP1, por su propia naturaleza conceptual, esta evaluación requiere un juicio de valor. Los indicadores establecidos, al ser prácticamente todos ellos de proceso o de cumplimiento de las acciones, no resultan ilustrativos a efectos de valorar la eficacia de las medidas. Por otra parte, tal y como se indica en el apartado 2.3, un problema añadido es la carencia de los recursos necesarios para una monitorización adecuada de los programas y acciones en términos de resultados/impactos.

De esta manera, la consecución de los objetivos y, consecuentemente, la evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas se realiza sobre la base de las percepciones transmitidas por las y los diferentes interlocutores cualificados en las materias propias del AP.

La percepción que han transmitido las y los diferentes interlocutores sobre el cumplimiento de los objetivos no es exactamente la misma con relación a todos los objetivos, pero, de manera general, transmiten una sensación de objetivos cumplidos sólo parcialmente, de que no se han satisfecho las expectativas generadas inicialmente.

La respuesta a las preguntas previas y, especialmente, a la pregunta siguientes relativa a logros y resultados ofrece una visión más detallada de qué acciones han podido ser más o menos eficaces en la consecución de los objetivos perseguidos.

¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA? ¿CUÁLES SON LAS LAGUNAS –LOS OBJETIVOS NO CUBIERTOS/LOS RESULTADOS NO LOGRADOS- MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

Las y los interlocutores que han participado valoran como el principal logro haber puesto encima de la mesa los nuevos conceptos de determinantes sociales de la salud y de salud en todas las políticas. Se considera positivo haber articulado una gobernanza multisectorial (el hecho de que el Lehendakari presida la Comisión Directora ha sido vivido como un importante éxito) y un logro que los diferentes agentes sectoriales hayan interiorizado este concepto. Pero se piensa que no se ha acertado en la manera de llevarlos a la práctica.

Se valora positivamente la aplicación inicial de herramientas transversales (La Lente de la Salud, Evaluaciones de Impacto en Salud, Ekitalde salud y desarrollo urbano sostenible), pero se lamenta su temprano abandono. No se ha transmitido una valoración positiva de la dinámica de informes sectoriales porque no supone trabajar en equipo por la salud.

En cuanto a la equidad y la monitorización de las desigualdades, los avances son reales, el concepto de las desigualdades sociales en salud ha permeado en instrumentos como el CP o la ESCAV (información desagregada por sexo, nivel de privación socioeconómica, área geográfica...), pero el hecho de que no se haya lanzado el Observatorio de la Salud, y la percepción de que se ha perdido liderazgo, explican que no exista una percepción de logro alcanzado. Desde agentes con cualificación se considera un importante logro la elaboración del **I Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en Osakidetza 2021-2024**, para de esta manera, sistematizar el trabajo a favor de la igualdad en todos los niveles de la organización de Osakidetza.

En materia de participación y empoderamiento el trabajo ha sido muy importante con múltiples iniciativas como Paziente Bizia-Paciente Activo. Pero a pesar de todas las iniciativas puesta en marcha, algunas y algunos interlocutores trasladan que aún no se ha producido un despliegue sistemático y generalizado de iniciativas de participación, que el problema es escalar, pasar de experiencias puntuales a hacerlo de manera sistemática.

ÁREA PRIORITARIA 2: PERSONAS CON ENFERMEDAD

¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL ÁREA PRIORITARIA Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA INTERVENIR SOBRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD Y LA DISCAPACIDAD DE LAS ENFERMEDADES?

Los objetivos del AP2 son heterogéneos: el primero de ellos se refiere al gran proyecto de transformación del modelo asistencial durante la última década (2.1 “Atención sociosanitaria integral, integrada y centrada en las personas”), dos de ellos a ámbitos operativos concretos del sistema sanitario (2.2 “Uso adecuado de fármacos” y 2.3 “Seguridad clínica”), otro a un tipo de paciente y su correspondiente atención (2.4 “Situación terminal y cuidados paliativos”), otro a una condición de salud (2.8 “Obesidad”) y 7 a patologías concretas cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síndrome metabólico, EPOC, enfermedad mental, infecciones de transmisión sexual, y otras enfermedades relevantes).

La selección de patologías responde a los datos de prevalencia y mortalidad. El PS no indica los criterios de selección de ámbitos operativos y tipos de paciente. En cuanto a la obesidad, en la presentación del AP5 se indica que representa uno de los factores de riesgo con mayor prevalencia según la ESCAV.

El hecho de que se establezcan objetivos relativos a patologías concretas suscita aceptación y rechazo prácticamente a partes iguales. Si bien unas personas interlocutoras lo consideran adecuado, otros indican que plantear objetivos por patologías es contradictorio con el objetivo de integración y con los conceptos de paciente en el centro y de continuidad asistencial. Por otra parte, al tener un plazo tan prolongado, a lo largo de la vigencia del PS se pueden producir cambios en la prevalencia, la mortalidad y el impacto sobre la calidad de vida de las personas asociadas a enfermedades, de manera que puede ser necesario incluir nuevas patologías o condiciones: enfermedades neurodegenerativas, enfermedades víricas de transmisión...

Una percepción muy extendida entre las y los interlocutores de Osakidetza es que en esta AP las acciones definidas para muchos de los objetivos son demasiado concretas, más propias de un plan de gestión que de un PS. Estas y estos interlocutores indican que se sienten constreñidos por unas acciones tan concretas, porque, en un determinado momento o situación, pueden ser más adecuadas otro tipo de acciones, especialmente teniendo en cuenta el prolongado periodo de vigencia del PS, y que el PS debería dejar margen para identificar las acciones que consideren más oportunas en cada caso para alcanzar el objetivo perseguido. El motivo de establecer acciones e indicadores tan concretos, según interlocutores que participaron en la elaboración del PS, fue obtener resultados concretos y medibles.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA AVANZADO EN CONSEGUIR UNA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL, INTEGRADA Y CENTRADA EN LAS PERSONAS?

El proceso de evolución hacia un modelo de atención integral, integrada y centrada en la persona ha sido el gran proyecto de transformación del sistema sanitario durante el periodo de vigencia del PS.

La percepción general de las y los interlocutores del sistema sanitario es que se ha avanzado decididamente en la integración entre niveles asistenciales dentro del sistema sanitario, lo que puede considerarse un importante logro: nueva articulación organizativa en torno a organizaciones de servicios integradas, creación de rutas asistenciales (pacientes con pluripatología, insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes), nuevas herramientas de atención no presenciales (Consejo Sanitario, Carpeta de Salud, historia clínica...), nuevas figuras (enfermera o enfermero de enlace, internista de referencia, comisión sociosanitaria...)...

No obstante, las mismas personas interlocutoras también indican que la integración asistencial debe seguir teniendo presencia en el nuevo PS porque aún no se puede considerar que el proceso está culminado, todavía hay algunas sombras, siguen existiendo tendencias desintegradoras. Ha resultado más fácil en las OSI pequeñas, pero en aquellas que tienen un gran hospital de referencia, el peso de éste tiende a eclipsar a la Atención Primaria. La pandemia también ha ocasionado una importante vuelta atrás en la implantación de determinadas rutas asistenciales de pacientes crónicos y crónicas. Mencionar asimismo la percepción que existe entre muchas personas profesionales de Atención Primaria de que este nivel asistencial ha resultado perjudicado a consecuencia del proceso de integración asistencial, que la atención Primaria ha perdido identidad.

Por otra parte, en cuanto a la integración sociosanitaria, la percepción general entre las y los interlocutores es que, a pesar de que se han producido avances (comisiones sociosanitarias, relación entre profesionales de centros de salud con residencias ...) y se ha asentado el concepto, no ha ido al mismo ritmo que la integración sanitaria y sigue siendo un reto pendiente. Un problema ha sido no disponer de una historia sociosanitaria única y compartida, aunque la aplicación informática Osabide Integra, que ofrece una visión global de la historia clínica del o de la paciente, se puede considerar una buena base. Pero, contrariamente a lo que ocurre en el ámbito sanitario, en el ámbito social, la información sobre personas a asistir está completamente fragmentada (muchas instituciones competentes) y atomizada.

En cuanto a la telemedicina y servicios no presenciales, algunas y algunos interlocutores del sistema sanitario indican que, a pesar del impulso durante la pandemia a las consultas telefónicas, aún hay mucho terreno por avanzar teniendo especial cuidado en garantizar el acceso en igualdad de todos los colectivos a los servicios.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA PROGRESADO EN EL USO ADECUADO DE FÁRMACOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA?

La percepción general es que se ha producido un avance importante. Se han llevado a cabo iniciativas como la implantación de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), estrategias que fomentan un uso racional de los medicamentos (URM), un estudio de Crónicas y Crónicos Polimedificados, el despliegue del sistema informático Presbide, el proyecto Farmabide, se han elaborado e impartido cursos propios de formación a profesionales, se han introducido farmacéuticos y farmacéuticas en Atención Primaria o se han llevado a cabo Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA).

La percepción general entre las y los interlocutores del sistema sanitario es que se ha conseguido un desarrollo importante, especialmente en aspectos técnicos. No obstante, dos personas interlocutoras consideran que aún no se ha conseguido una visión común corporativa del uso adecuado de cada fármaco y que la eficiencia del uso adecuado del medicamento es una estrategia que no ha prendido en las organizaciones.

¿CUÁNTO SE HA AVANZADO EN EL NIVEL DE SEGURIDAD DEL O DE LA PACIENTE/SEGURIDAD CLÍNICA EN LA ASISTENCIA SANITARIA?

En este campo también existe una percepción general de que se ha producido un gran avance. En particular, se han desarrollado estrategias específicas (“Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016”, “Estrategia de Seguridad del Paciente 2020”), ha crecido el número de unidades que utilizan el sistema de información y notificación de incidentes (SNASP), así como el número de notificaciones (los indicadores así lo atestiguan), se han desarrollado múltiples intervenciones como la Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS), y se han elaborado y puesto a disposición de las y los profesionales diferentes contenidos de formación online.

El gran avance experimentado se constata, por ejemplo, en que cada vez se reportan y analizan más eventos sin daño: No obstante, diferentes personas interlocutoras apuntan a ámbitos en los que hay potencial de mejora: devolución de información sobre incidentes notificados a las y los profesionales y en la implicación de la población en temas de seguridad.

¿HASTA QUÉ PUNTO EL PLAN DE SALUD HA PROPICIADO EL DESARROLLO DE ATENCIÓN INTEGRAL, PERSONALIZADA Y DE CALIDAD A LAS PERSONAS Y SUS FAMILIAS EN SITUACIÓN TERMINAL Y/O CUIDADOS PALIATIVOS?

La percepción más extendida es que no se ha trabajado y avanzado suficientemente en esta materia, que la situación es desigual entre las diferentes OSI, por lo que se debe potenciar y mantener como objetivo. Todo ello a pesar de que se han desarrollado todas

las acciones previstas en el PS: la implantación progresiva en las organizaciones de servicio de Osakidetza de un Plan de Atención Integrado (PAI) (así lo reflejan los indicadores) y a la elaboración de un plan específico, el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2016-2020. Incluso se han llevado a cabo iniciativas no previstas en el PS como el desarrollo de proyectos de innovación en la materia (INNOPAL).

Interlocutores e interlocutoras con dilatada experiencia en gestión sanitaria consideran que hay buenas unidades de Cuidados Paliativos, pero ha faltado una cultura general en todas y todos los profesionales, especialmente en Atención Primaria y una visión integral que incluya al ámbito sociosanitario. Una carencia que se apunta es la falta de suficientes recursos hospitalarios de media y larga estancia para personas que no pueden estar en su casa.

En cuanto a la declaración de voluntades anticipadas, se ha descentralizado el registro y se ha realizado un proyecto específico “Voluntades anticipadas en pacientes crónicos” cuyo despliegue ha incluido actividad comunitaria y grupal de divulgación desde Atención Primaria y la creación de una consulta específica. Los indicadores no llegan ni de muy lejos al objetivo de porcentaje de población con declaración registrada, lo que se atribuye desde las y los interlocutores a la falta de realismo en la fijación del objetivo.

No obstante, la evaluación también ha recogido la opinión de que se ha tratado de un enfoque poco ambicioso y reduccionista. En este sentido, parecería que objetivo no es que se registren voluntades anticipadas, sino que se realice un proceso de planificación compartida de la atención entre el o la paciente y la o el profesional sanitario de confianza, como consecuencia del cual se puede producir o no la elaboración del documento de voluntades anticipadas y su registro.

¿HASTA QUÉ PUNTO EL PLAN DE SALUD HA PROPICIADO UN MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON CÁNCER A TRAVÉS DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES ORIENTADOS A LA ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA, PERSONALIZADA Y COORDINADA?

La percepción general es de balance positivo, pero con una cierta sensación de oportunidad perdida a causa de la pandemia y el retroceso que ha supuesto en muchos de los logros alcanzados. De hecho, la gran mayoría de indicadores reflejan que se han alcanzado los objetivos perseguidos de mortalidad e incidencia.

Hasta 2019 se han llevado a cabo todas las acciones previstas en el PS y algunas más. Se ha elaborado un Plan Oncológico de Euskadi 2018-2023, se han puesto en marcha Comisiones de Tumores en las OSI más grandes y comités de tumores con equipos multidisciplinares para gestionar procesos oncológicos. También se ha potenciado la psico-oncología, y se ha llevado a cabo programas de detección precoz (mama, colorrectal, cervix). También se ha trabajado en impulsar la medicina personalizada para los procesos tumorales.

Como aspecto menos positivo, se indica que no se ha avanzado igual en el registro de Oncobide de todos los cánceres.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS MEDIDAS ADOPTADAS PARA MEJORAR EL TRATAMIENTO Y PARA LA DETECCIÓN PRECOZ HAN PERMITIDO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS Y LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: CARDIACAS Y CEREBROVASCULARES, CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O SÍNDROME PLURIMETABÓLICO; CON ENFERMEDAD EPOC; O HAN PERMITIDO REDUCIR LA PREVALENCIA DE OBESIDAD?

La percepción general es que el avance en la respuesta a estas patologías y factores de riesgo es limitado, lejos de las expectativas. La pandemia también ha incidido al forzar la paralización de muchos de los programas desplegados. Si bien se constatan algunos ámbitos en los que ha habido un mayor desarrollo, como en la prevención y tratamiento del tabaquismo, el mensaje es que es necesario abordarlos con mayor determinación para obtener resultados. Los indicadores también reflejan una evolución irregular de los parámetros medidos con múltiples objetivos no cumplidos e, incluso, empeoramiento con relación a 2013. De cara al futuro también se propone reenfocar el abordaje de la cronicidad para incluir en la estrategia nuevas patologías como el cáncer, insuficiencia renal, paliativos y mental.

En enfermedades cardiovasculares se han desplegado todas las acciones previstas, entre ellas, se ha implementado el protocolo Código Infarto complementado por el registro Bihotzez en el marco de la estrategia para la revascularización en pacientes con síndrome coronario agudo, se ha desplegado un Programa de Telemonitorización de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) que consta de dos subprogramas Tele IC y Tele IC 72H, Programa de Seguimiento Remoto de Marcapasos, DAI y Holter. Algunos indicadores reflejan mejoría entre 2013 y 2020, no así otros, pero, en general, han quedado muy lejos de los objetivos previstos para 2020. En cualquier caso, se tiene la percepción de la ruta asistencial de insuficiencia cardíaca está en permanente despliegue y no acaba de arrancar. La pandemia no ha ayudado. Se ha recogido la opinión de que, en general, en las unidades de cardiología se trabaja muy bien, pero el pre y el post es muy mejorable, no ha prendido como un proceso integral.

En cuanto a diabetes y síndrome metabólico, las y los interlocutores indican que las acciones se han desplegado de manera desigual, siendo la correspondiente al pie diabético la que ha tenido un menor desarrollo. Entre las iniciativas desplegadas se pueden destacar los cursos de empoderamientos a pacientes y familiares en el marco del Programa Paziente Bizia-Paciente Activo, el programa "Optimización de la prevención primaria de Diabetes 2 (DM2) en Atención Primaria" proveniente del estudio de investigación "Prediaps", se han creado unidades específicas multidisciplinares de atención al pie diabético y se ha dotado de retinógrafos no midriáticos a las OSI. La evolución de los indicadores ha sido negativa en todos los parámetros medidos salvo en la mortalidad prematura. Con todo, la percepción

es que se trata de otra ruta asistencial que no acaba de arrancar, quizás porque, en opinión de algunas y algunos interlocutores, no tiene sentido que haya una ruta, ya que, la diabetes se puede interpretar como una condición más que como una patología y sobre su gestión tiene más incidencia la medicación que los hábitos de vida.

En lo que respecta al EPOC, se ha avanzado en la realización sistemática de espirometrías en Atención Primaria a pacientes con riesgo, aunque hay que seguir dotando de equipamiento a las unidades, y, especialmente, en la prevención y tratamiento del tabaquismo, pero no tanto en la implantación de rehabilitación respiratoria, aún está por sistematizar.

En cuanto al abordaje de la obesidad desde la atención sanitaria, la percepción general es de un bajo nivel de implantación de las acciones y de consecución de objetivos. Los indicadores de incidencia muestran una muy ligera mejoría, pero lejos de alcanzar los objetivos establecidos, e incluso un empeoramiento en los indicadores relativos a diferencias sociales en la prevalencia. Se ha avanzado más en obesidad infantil. En Atención Primaria se aborda como un factor de riesgo más en las consultas. Siendo como es un problema en el que los hábitos de vida tienen una gran incidencia, se plantea que el abordaje de la obesidad se haga desde un enfoque de prevención y no desde la asistencia sanitaria.

En lo que respecta a otras enfermedades relevantes, el desarrollo de las diferentes acciones es irregular. Se ha creado el Registro de Enfermedades Raras y ha habido avances limitados en dolor, pero muy pocos en atención psicogeriatrica. En el caso de enfermedades huérfanas funcionan en red. De cara al futuro se propone seguir profundizando en dolor y desarrollar el abordaje de enfermedades neurodegenerativas.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS MEDIDAS ADOPTADAS (PLANES INDIVIDUALIZADOS DE TRATAMIENTO, ORIENTACIÓN AL ÁMBITO COMUNITARIO, COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL) HAN PERMITIDO GARANTIZAR LA ATENCIÓN ADECUADA A PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL Y REDUCIR LA MORTALIDAD POR ESTA CAUSA?

Los indicadores (Anexo IV) muestran que realmente no se ha conseguido reducir la mortalidad por enfermedades mentales a pesar de que todas las acciones previstas se han llevado a cabo. La mortalidad por suicidio sí se ha reducido. Esto no significa que no se hayan producido avances en muchas de las líneas de trabajo identificadas en el PS. La percepción es que, a pesar de la importancia del trabajo realizado y de los avances conseguidos, hay aun recorrido para poder decir que el objetivo está cumplido, especialmente en el ámbito comunitario. También dos personas interlocutoras han transmitido la percepción de que cada vez están más extendidas entre la población patologías mentales leves (malestares), algo a lo que, sin duda, la pandemia ha contribuido.

En 2019 se presenta la “Estrategia para la prevención del suicidio en Euskadi”, lo que en sí mismo representa un logro, pero que es necesario seguir desarrollando y desplegando.

Por otra parte, ya se dispone de un sistema de gestión de caso, que incluye la elaboración de un PIT y gestión de caso. Así, el 100% de las y los pacientes que siguen tratamiento en Estructuras de Día y Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario están ya efectivamente en gestión de caso y con PIT sistematizado.

En cuanto a coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria, desde 2014 se elaboran procesos integrales de salud mental entre las Redes de salud Mental y OSIs y ya está implantado un programa conjunto entre las Redes de Salud Mental y los centros de salud de Atención Primaria para dar atención a las y los pacientes con Trastorno Mental Grave y enfermedades crónicas. En cada territorio han establecido un programa de reuniones habituales entre AP y SM para tratar las coordinaciones y las posibles mejoras. También, en toda la red se realizan sesiones clínicas conjuntas de discusión y evaluación de casos.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS MEDIDAS ADOPTADAS (PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO) HAN PERMITIDO DISMINUIR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Los indicadores muestran en el caso del VIH se han alcanzado los objetivos establecidos de reducción, pero no en el resto de infecciones de transmisión sexual. Las principales iniciativas desarrolladas han sido la elaboración y despliegue del Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2015–2019 y la realización de test de VIH en personas expuestas a conductas de riesgo.

La percepción es que aún hay áreas de mejora en las que es necesario seguir incidiendo, aunque teniendo en cuenta la evolución de las conductas y de la cultura en torno al género que se ha producido en los últimos años. Algunas y algunos interlocutores también se preguntan si no es un objetivo más propio de prevención social que de asistencia sanitaria.

¿HAN RESULTADO EFICACES LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

La eficacia en muchas de los objetivos establecidos en el AP 2 se puede evaluar mediante los indicadores de impacto relativos a incidencia y mortalidad. No obstante, siendo conscientes de que se ha desarrollado un importante trabajo en prácticamente todos los objetivos, algunas y algunos interlocutores tienen la percepción de que, en general, no se ha avanzado lo suficiente.

¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

Los objetivos en los que hay una mayor percepción de ser considerados un logro son los relativos a integración, seguridad clínica, uso adecuado de fármacos y cáncer.

¿CUÁLES SON LAS LAGUNAS –LOS OBJETIVOS NO CUBIERTOS/LOS RESULTADOS NO LOGRADOS- MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

No hay un consenso claro sobre cuáles son los ámbitos en lo que se ha producido un menor avance, pero muchas personas interlocutoras apuntan a los cuidados paliativos y al abordaje de la obesidad, aunque se reconoce que se han dado pasos.

ÁREA PRIORITARIA 3: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL ÁREA PRIORITARIA Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE?

El hecho de contemplar un área prioritaria en relación con el envejecimiento de la población se ha considerado pertinente. Es prácticamente unánime la opinión de que el diagnóstico que hace el Plan de Salud es muy acertado, pero que no todos los objetivos y acciones definidas estaban bien orientadas para contribuir a promover un envejecimiento saludable. Por ello, unos objetivos han contribuido más que otros al haber logrado un mayor desarrollo, como es el caso del envejecimiento activo. Entre los que menos han aportado señalar el objetivo de Nuevas Tecnologías, que apenas ha tenido desarrollo.

El área prioritaria contemplaba 5 objetivos generales: tres más focalizados en la promoción y prevención de la salud en este grupo de población: envejecimiento activo, capacidad funcional y autonomía y nuevas tecnologías, y dos más pegados a la vertiente asistencial del envejecimiento, cuándo este proceso supone ya un deterioro de la salud y la persona mayor se encuentra en un estadio de fragilidad y/o dependencia. Son los objetivos de atención sociosanitaria, y atención domiciliaria. Para el desarrollo de esto últimos y acciones correspondientes, se precisa de la participación activa del sistema social, que, a diferencia del sanitario, está distribuido a nivel competencial, en los tres niveles de la Administración vasca, lo cual hace más compleja la intervención y esa complejidad ha incidido en que los resultados obtenidos no hayan alcanzado el grado previsto. Ha habido avances, eso es indiscutible y han venido sobre todo de la puesta en marcha de los EAPSS (Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria) pero que no se han desplegado en todas las OSIs con el mismo nivel de intensidad.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS ACCIONES EMPRENDIDAS HAN FAVORECIDO EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y EL MANTENIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES?

El programa de Ciudades Amigables que en Euskadi ha tomado la denominación de Euskadi Lagunkoia (acción incluida en el Objetivo 3.1) junto con Agenda Nagusi y, más recientemente la Estrategia de Gobernanza con las personas mayores, son programas que están contribuyendo de forma directa a favorecer un envejecimiento activo. Estos programas tienen cobertura en el conjunto de la CAPV y han logrado una importante movilización de personas mayores a nivel local. Actualmente hay 67 municipios, incluidas las

tres capitales, en la red de municipios Euskadi Lagunkoia con acciones concretas diseñadas para favorecer el envejecimiento activo y que se van desplegando progresivamente. En cuanto a las acciones destinadas a favorecer la autonomía de las personas mayores se han puesto en marcha iniciativas locales para favorecer el ejercicio físico y la prescripción de este desde la atención primaria, así como la capacitación de las personas cuidadoras y familiares en prevenir situaciones que pudieran menguar la autonomía de las personas mayores a través de Osasun Eskola.

En el caso de la promoción de la actividad física, programas como Mugiment se han incorporado a las acciones que se despliegan a nivel municipal en los municipios de la red Euskadi Lagunkoia. La opinión generalizada es que sigue vigente el objetivo de promover el envejecimiento activo y el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores y hay que esforzarse más en priorizar el abordaje comunitario de la salud y el modo de hacerlo de forma intersectorial y participativa tanto por parte de las instituciones como por parte de las propias personas mayores que son protagonistas activas. El concepto de accesibilidad en su acepción más amplia (no tanto la accesibilidad por reducción o eliminación de barreras físicas) se considera un vector muy relevante que apoya el desarrollo de un envejecimiento activo, que no se ve reflejado en ninguno de los objetivos o acciones del Plan, en opinión de las personas provenientes del ámbito social que han aportado su valoración.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA DESARROLLADO LA GESTIÓN INTERDISCIPLINAR DE CASO PARA PERSONAS DEPENDIENTES Y FRÁGILES?

La gestión interdisciplinar del caso para personas dependientes y frágiles no ha tenido el desarrollo previsto a pesar de que al inicio de la puesta en marcha del Plan se apostara por desplegar una herramienta que facilitara dicha gestión entre el sistema social y el sanitario. La herramienta en cuestión, InterRAI CA no ha conseguido cuajar, por considerarla demasiado social por parte del personal sanitario y demasiado sanitaria por parte de los y las profesionales del ámbito social. A ello se añadía un trabajo administrativo adicional (rellenar más formularios) que no podía ser compartido entre los sistemas de información del ámbito social y sanitario.

A lo largo de los años de desarrollo del Plan de Salud, se han ido desplegando algunos proyectos piloto promovidos por diferentes OSIs para implantar la gestión de caso como enfoque de atención a las personas dependientes y frágiles, que una vez finalizado el periodo de los pilotos no han tenido continuidad.

Sin embargo, la necesidad de articular una gestión interdisciplinar para asegurar una atención eficiente y de calidad para las personas dependientes y frágiles, ha derivado en la búsqueda de otros instrumentos operativos que posibilitaran dicha gestión. Un ejemplo de ello es la creación de los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria-EAPSS-, desplegados en todas las OSIs. El objetivo de estos equipos es precisamente la gestión interdisciplinar

de caso. La trayectoria de estos equipos es aún escasa para poder extraer conclusiones relevantes en torno a su efectividad, ya que abarcan todo el espectro de necesidades sociosanitarias, no únicamente las que puedan tener las personas mayores.

¿LAS ACCIONES EMPRENDIDAS HAN FAVORECIDO EL ABORDAJE EFICAZ DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO, PRIORIZANDO LA RECUPERACIÓN Y MINIMIZANDO LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL?

La valoración cualitativa general recogida es que no se ha logrado un abordaje eficaz de los problemas de salud derivados del envejecimiento, priorizando la recuperación y minimizando la pérdida de la capacidad funcional. El foco del sistema de salud no ha estado tanto en la prevención y promoción de la salud en las personas mayores, para minimizar la pérdida de capacidad funcional, sino en atender la dependencia o enfermedad cuando ésta aparece.

En este contexto el programa referente es el PAM (Plan de Atención a las Personas Mayores) que está presente en todas las OSIS pero que no ha tenido un gran despliegue (el porcentaje medio entre todas las OSIs de personas evaluadas por el PAM no llegaba al 6% en 2019, con el máximo en una OSI del 16,2%). Este programa está directamente conectado con el enfoque de prevención y promoción del envejecimiento saludable, ya que se basa en un cambio de paradigma: “pasar de un modelo curativo centrado en la enfermedad, a la prestación de cuidados integrales centrados en la persona mayor. El PAM es una herramienta muy potente para estratificar a la población mayor no únicamente en base a su estado de salud, sino también en base a sus condicionantes sociales. Los diferentes instrumentos de valoración que aplica el PAM estratifican a las personas mayores de 70 años en 4 categorías: mayores sanos, mayor con enfermedad crónica sin alteración funcional, mayor frágil, mayor dependiente y fin de vida. Ello permite poner en marcha intervenciones que contribuyan al mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida para cada uno de los niveles. Haber desplegado el PAM, podría pensarse, que hubiera permitido cumplir con el objetivo propuesto.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HAN ADAPTADO NUEVAS TECNOLOGÍAS EFECTIVAS PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA DE PERSONAS MAYORES?

Los avances en este objetivo han estado centrados principalmente en la labor que ha venido desarrollando OSTEBA que es el ente encargado de efectuar las evaluaciones de las tecnologías que se van incorporando al ámbito asistencial tal y como se recoge en los informes anuales de descargo. Entre 2014 y 2018, OSTEBA ha realizado, un total de 38 evaluaciones de diversas tecnologías. Algunas de ellas están relacionadas con la mejora

diagnóstica o de tratamiento de patologías que son más prevalentes en las personas de edad: insuficiencia cardíaca, incontinencia urinaria. En el último periodo, entre los años 2018-2019 se ha avanzado también en las otras acciones previstas. En 2019 se iniciaron los trabajos para establecer una cartera de servicios sociosanitarios a ofrecer a la persona mayor, proyecto que continúa. Es también el año en que se habilitó un sistema de acceso para terceras personas a las aplicaciones informáticas de la carpeta de salud, apps de Osakidetza y Consejo Sanitario mejorado su accesibilidad.

Una iniciativa que no estaba contemplada en el PS pero que el Departamento Políticas Sociales aporta en el marco del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas, es el servicio de teleasistencia betiOn. Concebido inicialmente como un servicio reactivo, betiON ha evolucionado hasta convertirse en un servicio preventivo y personalizado, incorporando a la telealarma otras muchas prestaciones, con el propósito de favorecer la permanencia de las personas en su entorno familiar y social habitual. Es un servicio muy bien valorado por las personas usuarias que crece anualmente, desde su puesta en marcha en 2011. El año 2021 finalizó con 62.584 personas usuarias. El dispositivo de teleasistencia cumple, en opinión de las personas responsables del Departamento de Políticas Sociales, con los requisitos de accesibilidad y usabilidad que requiere su uso por parte de personas menos habituadas al uso de la tecnología y apoya la autonomía de las personas mayores.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA FAVORECIDO EL CUIDADO DEL O DE LA PACIENTE EN SU ENTORNO HABITUAL?

La atención domiciliaria de las personas mayores dependientes es uno de los focos prioritarios que se contempla dentro del modelo de cuidados que promueve el Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales y el resto de las administraciones vascas. El Plan de Salud enunciaba el objetivo de la atención domiciliaria, pero su despliegue a partir de una coordinación efectiva de las personas profesionales de los servicios sociales y de salud no ha sido generalizado. La atención domiciliaria es un ámbito de competencia municipal y su despliegue (ratios de atención y coberturas) no es homogéneo. Ha habido y hay actualmente avances y proyectos piloto en diferentes OSIs de colaboración con servicios sociales municipales para favorecer el cuidado del o de la paciente en su entorno habitual, pero no puede decirse que haya un modelo consensuado y homogéneo entre las diferentes instituciones para abordar el cuidado integral de la persona mayor en su entorno habitual en el conjunto de Euskadi. Este es un objetivo relacionado con el de asistencia sociosanitaria sobre el que se ha mencionado como avance más relevante la creación de los Equipos de Atención Primaria Sociosanitaria, pero debido a que su despliegue es reciente y desigual en las diferentes OSIs, aún no pueden extraerse conclusiones generalizables, pero sí apuntan en una dirección positiva orientada al logro del objetivo que se marcó el Plan en 2014.

Otro elemento positivo que apoya la consecución del objetivo es la extensión de Osabide al ámbito residencial, ya que contribuye a un mejor cuidado de las personas cuyo entorno habitual de vida es un centro residencial.

¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

Los logros más importantes que se identifican en esta área prioritaria tienen que ver con la aportación que desde el área de Políticas Sociales de Gobierno, de las DDFF y ayuntamientos, se han hecho en relación con la promoción del envejecimiento saludable. En el caso del Gobierno el Plan de Salud ya recogía el desarrollo del Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores en Euskadi, que es Euskadi Lagunkoia, promovido por el Departamento de Justicia, Igualdad y Políticas Sociales y que ha conocido en el periodo de vigencia del Plan de Salud un importante despliegue a nivel local. Pero además de este, otros logros reseñables son que se han articulado programas de intervención compartidos entre departamentos e instituciones ligados al Plan de salud, como son la Estrategia Sociosanitaria (evolución de otros 2 marcos de acción iniciados en 2013) que ha propiciado un avance en la coordinación sociosanitaria, Mugiment y Osasun Eskola que a nivel local apoyan la consecución del objetivo de envejecimiento activo. Otros logros para destacar que derivan de la acción de Gobierno en el marco de "salud en todas las políticas" son la extensión de la Teleasistencia, y el despliegue de programas específicos que profundizan en el envejecimiento activo como Agenda Nagusi. El resultado de parte de esta labor se puede medir desde el índice de envejecimiento activo (Active Ageing Index) que se hace en el marco de Euskadi Lagunkoia y que sitúa a Euskadi por encima de la media europea y estatal. Este índice va a formar parte a partir de 2022 del plan estadístico vasco, lo cual supondrá una aportación interesante al nuevo Plan de Salud.

¿CUÁLES SON LAS LAGUNAS –LOS OBJETIVOS NO CUBIERTOS/LOS RESULTADOS NO LOGRADOS- MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

La persona mayor es una, pero los dispositivos y recursos que se precisan y existen para atenderle están distribuidos en diferentes niveles de la administración con diferentes programas y ritmos. Abordar el envejecimiento saludable en toda su amplitud exige un trabajo colaborativo y coordinado entre diferentes sistemas. Para ello se precisa un acercamiento entre diferentes profesionales para trabajar por un objetivo común, y compartir conocimientos que no siempre es posible acompasar y coordinar. Hay que tener en cuenta que el sistema social, en sus diferentes marcos de intervención: primaria y secundaria, tiene sus instituciones de referencia: Gobierno, DDFF y Ayuntamientos, cada uno de ellos con tiempos políticos diferentes, modelos de gestión y organización diferentes, y sus propios objetivos, y el Plan de Salud no ha sido, en opinión de las personas consultadas, el marco de referencia compartido. La asistencia sociosanitaria y la atención domiciliaria son dos de los objetivos del Plan cuyas acciones han tenido un menor desarrollo por estas razones.

Se apunta como laguna también que el sistema de salud debe incorporar con mayor fuerza el enfoque de prevención y promoción de la salud en esta franja poblacional. El PAM, en un estadio de mayor desarrollo, podrá contribuir a ello y una vía para lograrlo sería incluirlo en el Contrato Programa.

Finalmente, el objetivo de las Nuevas Tecnologías destinadas a poner foco en las necesidades de las personas mayores es el que menor recorrido ha logrado tal y como se desprende de los informes anuales de evaluación. La valoración cualitativa de alguna de las personas consultadas es que probablemente no haya habido ninguna área, servicio o departamento que haya tenido como foco de su actividad este objetivo.

Desde un punto de vista más operativo, los indicadores que se seleccionaron para medir los avances deberían haber incorporado, en opinión de personas relevantes inputs más cualitativos que midieran la percepción de bienestar de las personas.

ÁREA PRIORITARIA 4: SALUD INFANTIL Y JUVENIL

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HA PROMOVIDO LA SALUD INFANTIL MEDIANTE INTERVENCIONES INTEGRALES DE VIDA SALUDABLE APOYANDO A LAS FAMILIAS EN EL PROCESO DE CRIANZA?

A juicio de las personas consultadas en el marco de esta evaluación, para el logro del objetivo propuesto se considera que se ha trabajado en diferentes frentes de manera más o menos satisfactoria. Se ha trabajado muy bien en cribado neonatal de enfermedades congénitas incluida la sordera, en la lactancia materna hasta los 6 meses o en la consecución de inclusión de todas las organizaciones de servicio de Osakidetza en el modelo de Atención Temprana.

Se han elaborado guías para promover la lactancia materna que apoyan la labor del o de la profesional en la consulta: *“Guía para las madres que amamantan”*.

Con más dificultades se ha trabajado y avanzado en la implantación del programa “Niño Sano”. Probablemente se precise una mayor interacción entre los y las profesionales de diferentes niveles o ámbitos asistenciales: pediatría AP y PADI, pediatría AP y matronaje y un mayor número de profesionales en las áreas de Atención Primaria de Pediatría: pediatras y enfermeras o enfermeros. Esto influye en la gestión del exceso de demanda y el menor tiempo disponible para la aplicación del Programa “Niño Sano” que ha sido el referente de actuación para la consecución de este objetivo.

¿HASTA QUÉ PUNTO LOS PROGRAMAS CONJUNTOS CON EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN PROMOCIÓN DE SALUD INFANTIL Y JUVENIL HAN LOGRADO SUS OBJETIVOS?

En la medida que los objetivos planteados por el plan de salud han coincidido con los que tenía el Departamento de Educación, los programas conjuntos han ido mejor. Se apunta que habría sido conveniente en la elaboración del Plan de Salud o en su caso a lo largo de sus años de vigencia, integrar, de los programas referentes del ámbito educativo las actuaciones o programas orientados a promover la salud infantil. De este modo probablemente hubieran podido aumentar el volumen de actividades de EPS comunitaria, puesto que para su puesta en marcha se precisa del apoyo del sistema educativo, sin olvidar a los servicios sociales de base municipales. Cabe destacar que durante algunos años la existencia de una Comisión conjunta DS - Departamento de Educación favorecía el trabajo colaborativo y hacia más efectiva la intervención y la mirada de la salud en el sistema educativo. La Comisión dejó de reunirse a finales de 2018.

¿CÓMO HAN FUNCIONADO LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A HACER FRENTE A LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE?

Los programas han tenido un funcionamiento heterogéneo. Se han diseñado programas para que fueran desplegados en los centros escolares y otros dirigidos a apoyar la labor en consulta de las y los profesionales.

En los programas que tienen que desplegarse en los centros educativos hay que tener en cuenta el grado de autonomía que tiene cada cual, para trabajar fuera del aula, lo cual supone que en unos centros se hayan podido desplegar más programas o actividades propuestas desde el DS que en otros. También se apunta a que no siempre es posible desarrollar acciones que se prevén en otras áreas y se pone como ejemplo que las horas de actividad física lectivas están reguladas y no pueden modificarse porque haya que implantar un programa concreto. Que se promueva o fomente más actividad física o se promueva la alimentación saludable depende del centro, como se ha mencionado, pero también de los programas promovidos por las DDFF y otros que provienen de los ayuntamientos o de las propias AMPAS. A las AMPAS se han dirigido algunos programas para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable para hacer frente a la obesidad infantil y juvenil que ha promovido el DS (Subvenciones para diseñar caminos escolares o transformación de patios). Sus responsables señalan que son programas que tienen más demanda que la que pueden cubrir a nivel presupuestario, lo cual indica que van en buena dirección. Detectan un interés creciente de los centros escolares por la promoción de la salud.

Desde la perspectiva del sector educativo cuando los programas han estado imbricados dentro de los propios programas del Departamento: Ingurugela-Agenda Escolar 21, los planes de coeducación para el sistema educativo vasco (en vigor el segundo plan 2019-2023) o el Plan Marco para el Desarrollo de una Escuela Inclusiva, los resultados son mejores. En el caso de la Agenda Escolar 21, cada año se ha trabajado con un tema prioritario entre los que se incluye la alimentación saludable y sostenible. Se estima que cerca de un 80% de centros trabaja sobre hábitos de alimentación: desayuno saludable, días de la fruta y en el 48% de los centros hay huerto escolar.

En el ámbito de la alimentación saludable también cabe señalar la labor de difusión de material informativo y de sensibilización que se hace desde los centros de los programas que se impulsan desde el DS. Programas como ONEGIN o plato saludable han tenido una difusión generalizada en toda la red pública.

En el año 2019 el DS publicó la *“Estrategia de prevención de la obesidad infantil en Euskadi”*, después de un trabajo participativo con multitud de agentes llevado a cabo en la segunda mitad del 2018, dicha estrategia contempla objetivos y proyectos a desplegar en el entorno familiar, escolar, sanitario, privado y comunitario. Además, es una estrategia que se coordina

con las Iniciativas de Alimentación Saludable y con el proyecto MUGIMENT para garantizar que en ellas se incorpora la perspectiva infantil y juvenil. Es reciente esta estrategia para disponer de resultados que puedan evaluarse.

La segunda vertiente de intervención dirigida a promover la actividad física y alimentación saludable ha tenido como centro la consulta profesional y en esta línea ha habido avances entre los que hay que destacar el proyecto denominado “El Viaje de Mangols”. Este es un proyecto piloto dirigido a abordar el problema del sobrepeso en menores que involucra al niño o a la niña y también a la familia, a través de un itinerario de juego donde se abordan aspectos de alimentación, ejercicio físico y también el aspecto emocional. Se ha desarrollado a lo largo de 2 años generando buenos resultados por lo que se plantea extenderlo a todas las OSIs.

Los datos que recogen los indicadores muestran que hay que seguir insistiendo para mejorar resultados. Las y los profesionales involucrados en estos programas apuntan a que son muchos los factores que tienen una incidencia directa y que escapan de la acción directa de las instituciones. La nueva Estrategia para combatir la obesidad infantil trata precisamente de abordar todos los entornos desde donde se puede influir.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS ACTUACIONES PARA MEJORAR LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA JUVENTUD Y DISMINUIR LAS CONDUCTAS DE RIESGO HAN SIDO EFECTIVAS?

En este objetivo de mejorar los hábitos saludables en la juventud y disminuir las conductas de riesgo han sido clave los dos planes relativos a la coeducación impulsados por el Dpto de Educación, el primero en el periodo 2013-2017: “I Plan director para la Coeducación y la prevención de la violencia de género en el sistema educativo vasco” y el segundo en vigor: “II Plan de coeducación para el sistema educativo vasco, en el camino hacia la igualdad y el buen trato” 2019-2023. En opinión de participantes en la evaluación con experiencia en el sector han sido claves para trabajar la sensibilización y prevención contra la violencia, especialmente la de género en el ámbito educativo. Desde el año 2013 que se puso en marcha el primero de ellos, han sido muchas las acciones desarrolladas por los centros escolares. La valoración que se hizo de la implantación del primero de los planes y que dio pie al diseño del segundo en 2019, apunta a que es necesario plantear un trabajo integral e integrado en la vida diaria de la comunidad educativa, con la colaboración de todos los estamentos para lograr resultados satisfactorios.

Por otro lado, hay que apuntar como actuaciones orientadas a mejorar los hábitos saludables y la disminución de conductas de riesgo, las acciones derivadas del diagnóstico de salud de la juventud en el IV Gazte Plana y la labor de concienciación y formación que se despliega desde el Observatorio de la Juventud.

El IV Gazte Plana define un eje específico para la mejora de la salud de las y los jóvenes de Euskadi: el eje 7 denominado “Bienestar y Vida Saludable” con 4 objetivos estratégicos: mejora de la salud mental y emocional de la juventud, reducir el sobrepeso y la obesidad infantil, favorecer una vida sexual sana en la juventud y prevenir comportamientos de riesgo y/o adicciones (con y sin sustancia) en la juventud.

Los datos que se recogen desde el observatorio en encuestas puntuales apuntan a un efecto positivo de las medidas: *“más de ocho de cada diez jóvenes realizan actividad física saludable”, “el consumo de tabaco ha descendido y continúa por debajo de la media del conjunto de la población”, “en la última década han descendido notablemente las muertes por accidentes de tráfico”* ... son algunos de los efectos positivos que se recogen en el informe anual. No se obvian otros datos menos positivos como es el caso del consumo de alcohol, pero la tendencia que se apunta en los años de vigencia del Plan de Salud apoyado en la acción del Área de Juventud del Gobierno, con la labor del Observatorio, es bastante positiva.

¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

En el ámbito de la salud infantil que se aborda desde el ámbito asistencial, los logros se apuntan en relación con la accesibilidad al sistema por parte de la población y la equidad propiciada por parte del actual modelo de pediatría de AP, la universalidad en la asistencia y el trabajo en equipo y por procesos que favorecen dicha equidad, además de mantener baja la tasa de mortalidad infantil. También se han dado pasos interesantes para el abordaje de la lucha contra la obesidad infantil, buscando alternativas de acercamiento a los propios niños y niñas basadas en enfoques de serious game y así hacer más atractiva la intervención.

La implantación de la Atención Temprana en todas las OSI se valora como un logro relevante.

En la parte de acciones que se despliegan a nivel del sistema educativo, en la promoción de hábitos saludables: alimentación y deporte, se puede hablar de logros por la capilaridad que han conseguido los programas de promoción de la alimentación saludable y la práctica deportiva en el ámbito educativo. Un porcentaje muy elevado de los centros escolares de la red pública tienen implantados programas en esta línea. El trabajo colaborativo entre Salud y Educación es imprescindible y el haber contado durante unos años con una Comisión mixta de trabajo lo ha favorecido.

Finalmente reiterar, tal y como ya se ha destacado con anterioridad al valorar las acciones que han resultado más efectivas para mejorar los hábitos saludables y disminuir las conductas de riesgo entre la juventud, la actividad del Observatorio de la Juventud de Euskadi y el impulso a las acciones de los “Gazte Plana”, en los ámbitos de confluencia con los objetivos del Plan de Salud.

¿CUÁLES SON LAS LAGUNAS –LOS OBJETIVOS NO CUBIERTOS/LOS RESULTADOS NO LOGRADOS- MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

En relación con las acciones correspondientes al objetivo de prevención y promoción de la salud infantil que se despliegan en el ámbito asistencial, las lagunas que se han mencionado han sido la falta de tiempo que se tiene en consulta para trabajar y hacer un seguimiento a nivel individual y la cobertura del PADI. En el primero de los casos se apunta a que acciones relativas a la vigilancia, prevención y coordinación sociosanitaria (acciones 4.15., 4.1.6 y 4.1.7) requieren un tiempo adicional de atención.

En cuanto a la cobertura del PADI que no obtiene los resultados previstos, en opinión de las personas consultadas en este ámbito, se considera que puede tener que ver con una insuficiente visibilización por parte de las y los destinatarios de la existencia del programa, a pesar de la información que se traslada.

Otra cuestión que se apunta está relacionada con la falta de indicadores acerca de la prevención, abordaje y seguimiento de la desprotección infantil, del conocimiento sobre la coordinación sociosanitaria o del apoyo a las familias en la atención a la enfermedad mental en infancia y adolescencia. En esta línea se señala que la interacción entre niveles asistenciales sanitarios, sociales y educativos, parece no ser del todo adecuada para mejorar los resultados en salud.

En la parte que se despliega a través de otras áreas del Gobierno: Educación, Juventud no se apuntan a lagunas u objetivos no cubiertos, se considera que en todos ellos se ha trabajado y se ha avanzado. Lo que se apunta es a la conveniencia de acordar las actuaciones de promoción y prevención de la salud infantil y juvenil de forma colaborativa y mantener espacios de coordinación conjuntos como las comisiones mixtas.

ÁREA PRIORITARIA 5: ENTORNOS Y CONDUCTAS SALUDABLES

¿HASTA QUÉ PUNTO LA FORMULACIÓN DEL ÁREA PRIORITARIA Y LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS HA RESULTADO ÚTIL PARA IMPULSAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LOS ENTORNOS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MEDIANTE LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN LOS ÁMBITOS LOCAL Y COMUNITARIO?

Las medidas y actuaciones de esta Área Prioritaria 5 (en adelante AP5) se configuran desde una perspectiva amplia e intersectorial, trabajando conjuntamente con el resto de Departamentos del Gobierno Vasco e Instituciones de Euskadi. Se establecen siete objetivos que Incluyen medidas de promoción de actividad física, salud alimentaria, salud sexual y reproductiva, y salud mental y de entornos ambientales y laborales saludables, así como medidas de prevención de conductas adictivas como el consumo de alcohol, tabaco y otras adicciones.

En su definición se manejan varios conceptos claves para poder entender la estructura de objetivos contemplados en el AP5, como son la orientación para impulsar la promoción de la salud, la referencia a los entornos y los estilos de vida saludables, la colaboración intersectorial y todo ello en los ámbitos local y comunitario.

De alguna manera en esta AP5 se materializan algunos de los objetivos y actuaciones recogidas en el AP1, que responden al Modelo de Determinantes de la Salud, tanto desde la visión de las conductas y los estilos de vida saludables como desde el enfoque del entorno, contribuyendo a hacer realidad la Salud en Todas las Políticas:

- Objetivos vinculados con estilos de vida como la actividad física, la alimentación, la salud sexual y afectiva o la salud mental y el ámbito de las adicciones.
- Objetivos vinculados con el entorno ambiental o el entorno laboral.

No obstante, a la pregunta de si todos los objetivos han resultado pertinentes para alcanzar la meta que persigue el AP5, en opinión de las y los interlocutores cualificados, se echan en falta otros factores que también forman parte de los Determinantes Sociales de la Salud dentro de lo que podría ser el Entorno, como la Vivienda, el Entorno Educativo o el Entorno Local, en línea con lo que se recoge en el objetivo 1.3, ... Además, aunque en otras Áreas del PS se puede hacer una referencia a algunos de estos aspectos, es el caso del entorno educativo, el hecho de que no se recoja como un objetivo en sí mismo le ha podido restar relevancia. De alguna manera el tipo de Informes Sectoriales que se empezaron a trabajar a partir del año 2018, están más en línea con esta reflexión.

Se reconoce que con el desarrollo del AP5 se ha avanzado en trabajar la promoción de la salud, contando para ello con otros Agentes que lo pueden hacer posible, más allá del DS y Osakidetza. En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que han tenido el PS como una referencia y que han hecho posible el desarrollo de las actuaciones: Plan de Actividad Física de Euskadi, MUGIMENT; Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi; Plan de Adicciones de Euskadi; Programa Marco Ambiental; Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo y más recientemente, el I Plan Municipal de Salud de Bilbao.

Otro aspecto en el que inciden las personas expertas ha sido el nivel de despliegue de los objetivos y acciones en respuesta a uno de los principios del plan como es la Equidad. Es cierto que la mayoría de los objetivos, o de sus acciones, hacen una referencia específica a las diferencias sociales, de sexo, a los grupos vulnerables... pero en la práctica su desarrollo ha sido desigual e insuficiente, tal y como se recoge en las siguientes páginas, en las respuestas a las preguntas específicas, vinculadas con los objetivos del área prioritaria.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS ACCIONES INICIADAS HAN PROMOVIDO LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DE LA POBLACIÓN?

La mayoría de las acciones del PS están integradas en la Estrategia Plan de Actividad Física de Euskadi, MUGIMENT, y se han desarrollado. El nivel de avance no ha sido homogéneo, y algunas de las acciones se han tenido que redefinir para mejorar su contribución al objetivo.

En la actualidad MUGIMENT cuenta con más de 100 entidades adheridas que trabajan en la promoción de la actividad física, entre ellas el Gobierno Vasco con la participación de Salud, Actividad Física y Deporte, Educación, Osakidetza, las tres DDFF, numerosos municipios, además de diferentes Asociaciones e incluso empresas. En el año 2020 se contaba con 33 redes MUGIMENT funcionando en Euskadi.

La percepción, compartida por las y los diferentes interlocutores cualificados, es positiva, consideran que las acciones iniciadas y el poder contar con Mugiment, ha promovido la práctica de actividad física, con una población más sensibilizada y activa, y para ello ha sido clave la colaboración entre todos los agentes.

Algunas de las acciones desarrolladas se han orientado a determinados colectivos como la población infantil y juvenil, con el apoyo del entorno educativo, y a la población mayor, con la puesta en marcha de los Servicios de Orientación de Actividad Física (SOAF) o, más recientemente, el desarrollo del procedimiento de intervención en actividad física planteada en el "Plan de Atención al Mayor "(PAM), con la creación de un grupo multiprofesional e interinstitucional de actividad física. Ha habido menor avance en las acciones dirigidas a otros grupos de población, en particular mujeres y personas con diversidad funcional.

En 2019 se pone en marcha el proyecto Salud y Desarrollo Urbano Sostenible que tiene como objetivo incorporar la salud en las agendas de las administraciones a nivel local, supramunicipal, territorial y de gobierno a través de la planificación urbana y la ordenación del territorio promoviendo el uso de la *“Guía práctica para el análisis del efecto en la salud de iniciativas urbanas locales”*. En esta Guía se analizan una serie de factores determinantes de la salud sobre los que el urbanismo tiene un efecto directo y entre los que se encuentra la actividad física.

A la vista del resultado de los indicadores de este objetivo, éste ha sido satisfactorio, con una disminución de la prevalencia del sedentarismo, tanto en hombres como en mujeres, que incluso mejora el objetivo marcado, con una disminución de la prevalencia en torno al 20% en hombres y el 25% en mujeres. Estos datos se obtienen de la ESCAV, realizada en el año 2018, y responden a una tendencia de mejora respecto a las mediciones anteriores. Aunque, es de prever que la pandemia provocada por el COVID-19 haya podido provocar un cierto retroceso en la práctica de la actividad física de la población.

Se aprecia que uno de los indicadores ha empeorado, el que mide las *Desigualdades sociales en sedentarismo según sexo y nivel social, mujeres (IRD)*, que ha tenido un cierto incremento.

A pesar de todo, las personas consultadas coinciden en la necesidad de avanzar más:

- En la colaboración entre los Departamentos de Salud, Educación y Actividad Física y Deporte a nivel de Gobierno Vasco.
- La mejora del conocimiento y cualificación de los y las profesionales sanitarias en materia de actividad física.
- El trabajo con los colectivos de personas con diversidad funcional.

Los Indicadores utilizados surgen de la ESCAV, y son de percepción. Habría que contar con otros indicadores, más allá de los de percepción. En ese sentido se está trabajando en varios proyectos orientados a crear sistemas de vigilancia de la condición física que permitan objetivar los datos:

- Proyecto piloto de EUSFIT, prueba piloto para la creación de un sistema de vigilancia de la condición física orientado a la salud (Eusfit Mugiment). El sistema se ha fundamentado en la batería Alpha Fitness de alta prioridad.
- Iniciativa Global Matrix: informe referido a la evaluación de la actividad física de la población infantil y adolescente de la CAPV, siguiendo la metodología determinada por la *Active Healthy Kids Global Alliance*.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE DISEÑAR E IMPLANTAR UNA ESTRATEGIA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LA POBLACIÓN DE EUSKADI? ¿CUÁL ES SU NIVEL DE DESPLIEGUE?

En el tiempo de vigencia del PS ha habido varios intentos de diseñar una estrategia específica de alimentación saludable, que tuviera en cuenta las desigualdades sociales y de sexo en los patrones de consumo, tal y como estaba establecido.

Durante los años 2015 y 2016 se trabajó en la definición de una Estrategia Vasca de Alimentación Saludable, se definieron los principales factores condicionantes; se determinaron los 57 ejes claves del proyecto y se identificaron los agentes estratégicos implicados, pero no llegó a aprobarse.

Finalmente, en 2017 se pusieron en marcha las “Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi”, con el liderazgo del DS, con 5 líneas de actuación y 18 proyectos en distintos ámbitos de la sociedad, para impulsar y enraizar unos hábitos de alimentación más saludables. Nace con el propósito de consolidar un entorno que promueva la salud a través de la alimentación y contribuir así a frenar la tendencia creciente de enfermedades como la hipertensión, el hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, entre otras, y que teniendo en cuenta las acciones recogidas en el PS, se consideran pertinentes y punto de partida.

El nivel de implantación ha sido heterogéneo, y en el momento de realizar la evaluación solo se habían iniciado 10 de los 18 proyectos definidos. Respecto a las acciones del PS, su desarrollo ha sido igualmente heterogéneo con un nivel de avance incipiente en lo que afecta a la colaboración con la industria alimentaria en lo que respecta a las adhesiones a las iniciativas.

El nivel de avance en relación con las desigualdades sociales. En general, de la revisión de la documentación, de las evaluaciones anuales del PS y el contenido del documento de Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi, así como de la opinión de las y los interlocutores cualificados, se han encontrado pocas evidencias de que las estrategias desarrolladas hayan tenido en cuenta las desigualdades sociales, motivadas por aspectos culturales, socioeconómicos... Esto hace que se mantengan o hayan aumentado por el contexto económico estas desigualdades en el acceso a los alimentos saludables y en la concienciación/formación sobre este tema.

Debido a las dificultades para encontrar indicadores de resultados en salud, se recurre a indicadores vinculados con la reducción a la exposición a los elementos de riesgo y a medirlo. Algunas de las acciones no disponen de indicador.

No obstante, el hecho de poder contar con las Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi y la colaboración con los agentes concernidos puede considerarse un logro. Para su definición se contó con la participación de otros Departamentos del Gobierno

Vasco, especialmente el Departamento de Desarrollo Económico y el Departamento de Educación, así como con diversas instituciones, como Osakidetza y Osalan, Ayuntamiento de Bilbao, así como con más de 50 profesionales de empresas y entidades de múltiples sectores que influyen de forma activa en las conductas de alimentación de las personas.

La implantación de este programa de forma eficaz y eficiente requiere una dedicación de recursos humanos y económicos importante y proporcionada a los objetivos. El programa se ha realizado con los recursos humanos existentes y el apoyo de una asistencia técnica temporal. Las partidas económicas asignadas a este programa en los presupuestos han sido insuficientes. La limitada dedicación de recursos humanos ha hecho que el programa haya sido muy dependiente de las personas coordinando el mismo.

Además, este programa precisa de una colaboración y cooperación de todos los agentes. Durante su ejecución, se ha visto que la mayoría de los agentes han compartido la alta prioridad de la alimentación saludable en la salud pública y su voluntad para participar. Se ha conseguido una movilización de los agentes, pero la falta de recursos y los parones en el proyecto puede dificultar mantener el nivel de compromiso de estos. Un ejemplo de ello son las iniciativas relacionadas con la alimentación saludable lanzadas desde el DS (Programa IAS, Estrategia SANO, Viaje de Mangols, ...) que ha puesto de manifiesto una necesidad de una mayor integración o coordinación entre los agentes implicados tanto en la ejecución como la comunicación.

¿HASTA QUÉ PUNTO LAS ACTUACIONES EN TORNO AL PROCESO REPRODUCTIVO HAN PERMITIDO OFRECER UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA Y ESTO HA REDUNDADO EN LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD?

El PS se marca como objetivo ofrecer una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo y para ello establece como acción *garantizar un proceso asistencial integrado desde la fase preconcepcional, y durante el embarazo, parto, puerperio y atención al o a la bebé*, acorde a las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible.

Osakidetza, durante el periodo de vigencia del PS, y coincidiendo con el despliegue de la Estrategia de Seguridad del o de la Paciente y el desarrollo de la historia clínica electrónica para este proceso de salud reproductiva, trabajó en la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, mediante la sistematización y protocolización de las distintas partes del proceso, lo que se ha concretado en la elaboración de un conjunto de protocolos actualmente validados y publicados: "Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio", "Alimentación del recién nacido", "Atención al Puerperio" y la "Atención al Parto de Bajo Riesgo en el medio hospitalario" y la campaña "que no nos separen".

Las personas consultadas valoran positivamente el trabajo desarrollado, lo que ha permitido consensuar las actuaciones generales en la atención a las distintas fases del proceso reproductivo y el desarrollo en Osabide Global de apartados tales como los formularios de atención al parto, atención neonatal o atención al puerperio, que permiten avanzar en la construcción de la Historia clínica electrónica para este proceso.

Igualmente reconocen como una buena práctica:

- La información disponible en la web, en el espacio Osasun Eskola, sobre los cuidados en cada fase del proceso.
- La difusión de los derechos en relación con la asistencia sanitaria específica a la salud sexual y reproductiva, recogidos en el *decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi recoge en el artículo 9*, sobre todo dirigido a la población más vulnerable, como población inmigrante, con la edición de un tríptico resumen de estos derechos desde el DS.

Para evaluar el logro del objetivo el PS propone tres indicadores: Mujeres con aporte adecuado de ácido fólico pre y perigestacional; Población con proceso asistencial integrado embarazo-parto-puerperio (%); Episiotomía en parto eutócico (%). De los tres indicadores tan solo se dispone de información del tercero, que en el año 2019 fue del 27,2%, dato que ha mejorado respecto de la situación de partida (38,0%), pero por encima del objetivo establecido que estaba por debajo del 15%.

A criterio de las personas interlocutoras cualificadas, se trataba de un objetivo ambicioso y poco realista, teniendo en cuenta que por ejemplo en la Estrategia de Seguridad del o de la Paciente el objetivo es conseguir que el % esté por debajo del 30%. Habría que recurrir a nuevos indicadores para poder responder a la pregunta de si las actuaciones han redundado en una mejora de la calidad y seguridad. Algunos de estos indicadores ya se utilizan en la Estrategia de Seguridad del o de la Paciente (% de partos instrumentales, % de desgarros de 3º y 4º grado o % de partos por cesárea).

Además, consideran necesario avanzar en la implementación en la Historia Clínica Digital del Registro unificado para evitar la duplicidad y multi-registro, que recoja los datos de este proceso asistencial desde la fase preconcepción hasta su cierre con el alta en el puerperio; la cartilla electrónica del embarazo; disponer de un cuadro de mando de indicadores del proceso, que permita el seguimiento de los objetivos, su evaluación y detección de área de mejora. Entre los indicadores sería interesante incluir indicadores de calidad percibida, que tengan en cuenta la percepción y expectativas de las mujeres que viven el proceso reproductivo en toda su extensión.

¿HASTA QUÉ PUNTO SE HAN TENIDO EN CUENTA LOS DISTINTOS ÁMBITOS ASISTENCIALES, Y LOS DIFERENTES CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD Y DIVERSIDAD A LA HORA DE ESTABLECER LAS MEDIDAS DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PROCESO REPRODUCTIVO?

Osakidetza está trabajando en diversos protocolos que tienen en cuenta distintos ámbitos asistenciales y contextos de vulnerabilidad, así en el año 2018 inició el desarrollo del protocolo corporativo para la Atención al Parto de Emergencia fuera de las áreas de parto (en el ámbito de AP, PAC, Servicios de Emergencia y OSIS sin áreas de parto).

En el contexto de la declaración del estado de alarma y las medidas de restricción para la contención de la pandemia COVID19, se elaboró y difundió un documento de recomendaciones con el fin de garantizar la atención a la mujer gestante en todas las Organizaciones de la red. Al quedar limitadas las actividades grupales, tales como las sesiones de preparación al parto o talleres de lactancia, se recomendó el uso de medios tecnológicos no presenciales para facilitar información adecuada a la gestante. La puesta en marcha de un grupo de matronas o matrones profesionales ha permitido elaborar información dirigida a la mujer/pareja sobre los cuidados esenciales en todas las fases del proceso: del embarazo hasta los primeros días junto a tu bebé. Está disponible en la web de Osakidetza, en el espacio Osasun Eskola.

Además, en las recomendaciones emitidas sobre el acompañamiento en las áreas de hospitalización, la atención al parto estaba incluida entre las situaciones a tener en cuenta en las que se garantizara este derecho.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE PROMOVER UNA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD SALUDABLE, PLACENTERA E IGUALITARIA CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

El PS se marca como objetivo *promover una vivencia de la sexualidad saludable, placentera e igualitaria* y para ello establece tres acciones e *identifica un indicador vinculado con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), dentro de un objetivo global de salud sexual y reproductiva.*

Todas y todos los interlocutores cualificados entrevistados consideran que el objetivo que establece el PS es pertinente y necesario, aunque debería estar más enfocado a la salud afectivo-sexual, en cambio consideran que las acciones planteadas y los indicadores para valorar el logro del objetivo son insuficientes, denotan un enfoque de la salud sexual poco evolucionado y que no responde a la filosofía del objetivo. Consideran además que no deberían formar parte del mismo objetivo la Salud Sexual y la Reproductiva.

Echan en falta acciones vinculadas con la sexualidad satisfactoria y la diversidad sexual, los contextos de vulnerabilidad y las situaciones de violencia en las relaciones sexuales, o el trabajo dirigido a otras etapas vitales, a otros colectivos como las personas mayores,

las personas migrantes y las barreras motivadas por la interculturalidad, el mundo de la pornografía y el fácil acceso a la misma desde edades tempranas... y todo ello con la necesaria colaboración intersectorial. Faltan campañas de comunicación, ha bajado el uso de los preservativos, y presencia en el espacio "Paciente Activo". No hay programas corporativos o institucionales, sino acciones dispersas. Falta un enfoque transversal, adaptado e integrado, en programas diferentes.

Por otra parte, el desarrollo de las acciones planteadas ha sido desigual. Se ha trabajado principalmente con el colectivo de jóvenes y adolescentes, en el ámbito educativo y con el programa de prevención del VIH, que además incluye otras infecciones de transmisión sexual y la prevención del embarazo no deseado, en cambio ha habido un abordaje escaso en la promoción de la atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.

Si se tiene en cuenta el único indicador del PS sobre el objetivo planteado, la ratio IVE (Interrupción voluntaria del embarazo. tasa x 1.000, mujeres en edad fértil) ha sido de 9,3 en 2020, lejos del objetivo de bajar un 50% el dato de partida que estaba en 9,9.

Se valora positivamente que desde Osakidetza en Osasun Eskola se haya creado el espacio "salud sexual" en el que se orienta en relación con los métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Todavía queda mucho por hacer en torno a la salud afectivo-sexual, pero el hecho de que se contemple dentro del Área Prioritaria 5, Entornos y Conductas Saludables, puede considerarse ya un avance, un paso adelante sobre el que habrá que seguir trabajando.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE PREVENIR CONDUCTAS ADICTIVAS (ALCOHOL, TABACO, OTRAS SUSTANCIAS, ADICCIONES SIN SUSTANCIA)? ¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE REDUCIR Y RETARDAR EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS? ¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE MINIMIZAR EL DAÑO DERIVADO DE LAS ADICCIONES?

El PS contempla un conjunto de actuaciones dirigidas a prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), así como reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, y minimizar el daño derivado, siendo una de ellas el desarrollo de las líneas estratégicas y acciones previstas en el VI Plan de Adicciones de Euskadi 2011-2015, que tiene su continuidad con el VII Plan de Adicciones de Euskadi 2017-2021, "Arriskuei Aurre eginez, osasuna eraikiz, que establece 16 objetivos y 50 acciones distribuidas en 5 ejes de actuación, y que tiene como objetivo principal: planificar, ordenar y coordinar los programas e intervenciones de promoción de la salud; prevención; reducción de la oferta; asistencia; e inclusión social de las personas afectadas por las adicciones.

Los indicadores establecidos para evaluar el cumplimiento del objetivo no contemplan toda su extensión, hay una buena representación de indicadores vinculados con el consumo de alcohol y las personas jóvenes, en cambio faltan indicadores que midan la eficacia de las medidas en adicciones sin sustancia, y de otras drogas que no sea el cannabis, e indicadores que aporten datos en relación con el daño derivado de las adicciones, así como datos de otros colectivos de riesgo entre personas adultas. Además, se trata de datos obtenidos de la ESCAV de 2018 y de la Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017.

No obstante, ateniéndonos a los datos obtenidos, los resultados son heterogéneos, así, por ejemplo, la edad de inicio en el consumo de alcohol, aunque se ha reducido respecto de la situación de partida, no responde al objetivo del PS establecido a los 18 años, siendo 16,2 y 17,5 años, en hombres y mujeres respectivamente. Otro dato significativo, extraído de la ESCAV de 2018, es el consumo diario de cannabis en jóvenes, de entre 15 y 34 años, lejos de disminuir, se ha incrementado en torno al 240% y un 150%, en hombres y mujeres respectivamente, según la Encuesta de Adicciones de Euskadi 2017.

En sentido positivo, respecto a la prevalencia (%) de población con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, se ha logrado el objetivo previsto, 16,8 y 11,1, en hombres y mujeres respectivamente. Y la reducción del % de jóvenes, de entre 15 y 34 años, con consumo excesivo de alcohol en fines de semana, 21,9 y 13,0 en hombres y mujeres respectivamente, por debajo del objetivo.

A pesar de los datos, algunas de las conclusiones extraídas de la evaluación del VI Plan de Adicciones, son que *los consumos en Euskadi siguen a la cabeza de Europa, especialmente en el caso del alcohol, tabaco o cannabis, y se constata una **muy baja percepción del riesgo**, sobre todo en el caso del alcohol y del cannabis. Además, asistimos a una emergencia de nuevas conductas y patrones asociados a las tecnologías digitales, también en lo relativo al juego, que apuntan a una necesidad de reforzar la prevención en este campo².*

Las y los interlocutores cualificados consideran que disponer primero del VI Plan de Adicciones en Euskadi y posteriormente el VII Plan, es un logro en sí mismo, así como la Red Asociativa creada para su desarrollo con la implicación de diferentes agentes. Y en este contexto la creación de dos foros específicos para la coordinación de las políticas en materia de adicciones en la Comunidad Autónoma de Euskadi: La Comisión de Coordinación Interinstitucional sobre Adicciones y el Consejo Vasco sobre Adicciones.

Otro aspecto que valoran positivamente es el impulso de los programas de promoción de la salud y prevención universal de las adicciones, principalmente en el ámbito escolar, así como La línea de ayudas dirigidas al tercer sector y a las entidades locales para el desarrollo de proyectos para la prevención de adicciones y promoción de la salud en el ámbito escolar, familiar y comunitario. Así mismo el apoyo a los equipos locales de prevención comunitaria de las adicciones.

² Evaluación del VI Plan de Adicciones de la CAVP 2011-2015.

Estas y estos mismos interlocutores consideran que sería necesario que el PS contemplara alguna acción dirigida a minimizar el daño y la manera de medir su eficacia, aunque no parece fácil. Igualmente echan en falta alguna acción orientada a propiciar una percepción objetiva y ajustada de los riesgos relacionados con las adicciones, especialmente con el alcohol.

Respecto de los indicadores recogidos en el PS estos no son representativos de todas las posibles conductas adictivas ni de todos los colectivos, estando muy orientados a las personas jóvenes y el consumo de alcohol, respecto a la edad de inicio del consumo. Necesidad de medir además indicadores de mejora de la calidad de vida, éxito terapéutico de los programas de adicciones, mejora de la vida autónoma, y de contar con indicadores más actualizados, para ello realizar las series de encuestas sobre adicciones cada dos años, en vez de cada cuatro-cinco años.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE TRABAJAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EMOCIONAL, CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

La Promoción de la salud mental y emocional, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de sexo es uno de los objetivos recogidos en el PS, y para ello identifica tres acciones, y un indicador, Prevalencia de buena salud mental según nivel social y sexo.

Según observaciones recogidas en la evaluación se considera que ha habido avance en la intervención, y no tanto en la promoción. Igualmente considera que no hay datos ni indicadores que sirvan para valorar el trabajo en promoción con un concepto tan transversal e indefinido como el de salud mental. Si se tiene en cuenta el dato del indicador *la Prevalencia de buena salud mental según nivel social y sexo, teniendo en cuenta los datos de la ESCAV, habría mejorado en hombres (2,9%), cumpliéndose el objetivo (por debajo del 3%), en cambio en las mujeres la prevalencia es del 4,8% en 2020, frente al objetivo del 2,2% previsto.*

En relación con las actuaciones más relevantes destaca el hecho de haber diseñado espacios para intervenir con *niñas y niños pequeños en los que ya se detectan signos, con un enfoque de atención temprana, con programa de intervención más intensiva. Igualmente, el avance en el trabajo con los planes de atención psicogeriatrica, en colaboración con las residencias de mayores.*

Alguna opinión propone que sería más apropiado hablar de bienestar, bienestar emocional, psicológico y social, y no tanto de salud mental, y en todo caso sí de la enfermedad mental. Con este enfoque amplio, de bienestar, las actuaciones y los agentes intervinientes exceden a lo meramente sanitario o del Departamento de Salud, donde los ámbitos de la educación, lo social... cobran especial relevancia.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE GARANTIZAR LA CALIDAD DEL ENTORNO AMBIENTAL MEDIANTE EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS AMBIENTALES (AGUA, ALIMENTOS, AIRE Y SUELO) CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS?

Entre los objetivos del PS se establece un objetivo que busca garantizar la calidad del entorno ambiental mediante el control y seguimiento de los riesgos ambientales (agua, alimentos, aire y suelo), ya que las condiciones ambientales en las que las personas nacen viven y transcurren su vida son factores determinantes de la salud de las personas y las comunidades.

Para ello, se identifican cuatro acciones, que, a juicio de las y los interlocutores cualificados, tanto del ámbito de Salud Pública, como de Medio Ambiente, aunque son pertinentes se consideran insuficientes y han tenido un desarrollo desigual en el tiempo de vigencia del PS.

En cuanto a la medición del cumplimiento del objetivo, el PS identifica dos indicadores, uno vinculado con la calidad del agua y otro con la calidad del aire, lo que se ha considerado insuficiente.

En la primera de las acciones, el impulso de la coordinación institucional en el control y seguimiento de los riesgos ambientales, se han desarrollado dos iniciativas: la creación de un grupo de trabajo técnico de aire y salud entre las viceconsejerías competentes en medio ambiente y salud y otro de Territorio Saludable que contaba también con la participación de ambas viceconsejerías. Uno de los principales logros de este grupo ha sido la coordinación de las actuaciones de ambos departamentos en la gestión de problemáticas de calidad de aire asociadas principalmente a actividades industriales.

El grupo de Territorio Saludable se crea en 2015 vinculado al VI Programa Marco Ambiental y el Plan de Salud 2013-2020 y promueve la realización del estudio sobre Determinantes Ambientales de la Salud en 2018-2019, en colaboración con la UPV. Se elabora un informe en el que se describen los principales Determinantes Ambientales de la Salud a los que está expuesta la población de la CAPV, y los indicadores que permiten caracterizar su riesgo o impacto en la salud. Además de los determinantes que el PS ya había identificado, se añaden el Cambio Climático, el Ruido, los Espacios Verdes y los Productos Químicos.

En general, los resultados son satisfactorios en la mayoría de los indicadores, si bien, hay algunos factores que exigen un seguimiento exhaustivo (calidad del aire y niveles de ruido, sobre todo), para cumplir con la normativa o recomendaciones OMS existentes y en otros, se debe mejorar el grado de conocimiento, tanto de los determinantes ambientales (Sustancias químicas) como su relación e impacto en la salud de las personas (biomonitorización)³.

³ Documento Determinantes Ambientales de la Salud en Euskadi 2019.

En ese sentido, la acción que plantea desarrollar la biomonitorización a exposiciones ambientales en la población general, y particularmente en grupos vulnerables (embarazadas, población infantil), tan solo se ha avanzado en el Proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente).

Las y los interlocutores cualificados valoran positivamente:

- El impulso del Grupo de Trabajo Aire y Salud y del Proyecto Territorio Saludable, que, además de las temáticas que plantaba el PS, incorpora la planificación territorial y el estudio de los Determinantes Ambientales de la salud, y lo hace de manera colaborativa entre los agentes afectados DSPA, URA, Medio Ambiente (GV), IHOBE.
- La colaboración de ambos departamentos en la vigilancia y control de la calidad del aire, que se considera como el determinante ambiental que tiene mayor impacto en salud a nivel europeo. Se han adquirido y gestionado conjuntamente unidades móviles de altas prestaciones analíticas que existían en muy pocos países. El Laboratorio de Salud Pública ha proporcionado soporte a la Red de Calidad del Aire en el aseguramiento de la calidad y determinación analítica de parámetros específicos. Se ha colaborado en la caracterización y solución de problemáticas de calidad de aire en zonas geográficas concretas.
- El propio Estudio de los Determinantes Ambientales de la Salud, ya que amplía el alcance respecto de los determinantes que contemplaba el PS: Aire, Agua, Cambio climático, Ruido, Espacios Verdes y Productos Químicos, aporta una información valiosa para el futuro Plan de Salud y el Programa Marco Ambiental, y facilita su alineación.

Por el contrario, consideran que el conjunto de acciones diseñadas para el logro del objetivo se considera incompleto ya que éstas no contemplaban todos los determinantes ambientales principales de la salud: Aire, Agua, Cambio climático, Ruido, Espacios Verdes y Productos Químicos. Igualmente, la batería de indicadores del PS se considera escasa, no responden al alcance del objetivo, ningún indicador vinculado con la seguridad de los alimentos y bebidas, por ejemplo. Dificultades para encontrar indicadores de resultados en salud, se recurre a indicadores vinculados con la reducción a la exposición a los elementos de riesgo y a medirlo.

En el Departamento de Salud el peso principal se ha llevado desde la DSPA, Los objetivos del Plan de Salud van más allá de lo establecido en la legislación y en algunos casos como cambio climático o calidad del aire no hay una normativa sanitaria específica que obligue. Esto hace que se requiera la participación voluntaria de otros departamentos, administraciones o entidades privadas para la consecución de los objetivos.

¿HASTA QUÉ PUNTO HA SIDO POSIBLE PREVENIR LOS RIESGOS MÁS IMPORTANTES DE ENFERMEDAD PROFESIONAL Y DE ACCIDENTES ENTRE PERSONAS TRABAJADORAS CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS (ESTRATEGIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MAPA DE RIESGOS Y DE DAÑOS...)? ¿HASTA QUÉ PUNTO SE HAN TENIDO EN CUENTA LAS DIFERENCIAS SOCIALES Y DE SEXO A LA HORA DE ESTABLECER LAS MEDIDAS?

Atendiendo a los resultados de los indicadores vinculados con el objetivo, tanto la tasa de incidencia de enfermedad profesional como la tasa de incidencia de accidentes de trabajo, que han mejorado en el periodo de vigencia del PS, cumpliéndose así los objetivos previstos, la valoración es positiva.

Además, así lo confirman las personas expertas en seguridad y salud en el trabajo. En su opinión, las acciones llevadas a cabo han contribuido a la disminución de las enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, y en su momento fueron prioritarias para la definición de la Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, aunque su desarrollo ha podido ser desigual.

Igualmente, la evaluación de la Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, indica la mejora en la prevención de riesgos laborales, el avance en la recogida de información sobre exposición, así como, el fomento, a través de la comunicación de sospecha, de la declaración de enfermedad profesional.

Durante estos últimos años se ha trabajado de manera intensa en la igualdad. Se ha firmado un convenio con Emakunde para avanzar en el trabajo conjunto, se han publicado estudios y material divulgativo. En cambio, no se ha avanzado tanto en otros condicionantes sociales como la edad, origen (personas migrantes), ...

Los expertos consideran que la acción vinculada con la investigación en salud y siniestralidad laboral ha tenido poco desarrollo, y en cuanto a la promoción de los hábitos saludables en el entorno laboral, son aspectos que se trabajan desde diferentes agentes (Osakidetza, Osalan, DS...) y se debería colaborar más.

Los factores de éxito son los que vienen del trabajo continuado de la estrategia, de los acuerdos con los agentes sociales y del acercamiento a las y los profesionales y a los servicios de prevención. La divulgación y la formación hacia todos, en especial hacia los agentes de la prevención ha sido fundamental.

El desarrollo de la comunicación de sospecha, la puesta en marcha del conjunto mínimo de datos, la creación de grupos de colaboración con el DS (intervenciones en brotes, promoción de la salud) son ejemplos de buenas prácticas. Asimismo, ha habido un avance importante en la intervención de los servicios de prevención y comités de salud laboral orientada a la prevención del estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

Con la pandemia por el COVID-19 ha habido una interacción importante, han colaborado de manera eficaz. Ha permitido un acercamiento, un mejor conocimiento.

Por el contrario, a pesar de los avances en los sistemas de información, todavía hay un amplio recorrido para poder contar con sistemas que integren la información y que permitan evaluar la eficacia y eficiencia de lo que se hace.

Asimismo, es necesario avanzar más en la coordinación y colaboración entre el Departamento de Salud, Osakidetza y Osalan, empezando por la colaboración en la elaboración del PS.

Además, las personas expertas consideran que se debería implicar más al sistema sanitario que engloba a los servicios de prevención, sistema privado que tiene sus propias reglas de juego y todo un ámbito dedicado a la prevención. Asimismo, se preguntan cuál es la participación de las empresas, cómo enganchan en la iniciativa pública.

¿CUÁLES SE PUEDEN CONSIDERAR LOS LOGROS O RESULTADOS MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA? ¿CUÁLES SON LAS LAGUNAS –LOS OBJETIVOS NO CUBIERTOS/LOS RESULTADOS NO LOGRADOS- MÁS IMPORTANTES EN ESTA ÁREA PRIORITARIA?

Por las características de los objetivos de esta Área Prioritaria, que afectan a diferentes Ámbitos e interlocutores, los logros y las lagunas o resultados no cubiertos se han recogido en cada una de las cuestiones tratadas previamente.

3.3. ¿CUÁLES HAN SIDO LOS PRINCIPALES FACTORES DE ÉXITO, ASÍ COMO LAS PRINCIPALES DEBILIDADES Y BARRERAS AL DESARROLLO EFECTIVO DEL PLAN DE SALUD?

¿LA GOBERNANZA DEL PLAN DE SALUD (ÓRGANOS, ROLES, PROCESOS DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN...) HA RESULTADO ADECUADA Y EFICAZ?

Tanto la Comisión Directora del PS como el Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas se constituyeron de manera rápida, lo que permitió disponer de una estructura de gobernanza y trabajo desde el primer momento.

La Comisión Directora es el máximo órgano de gobernanza del PS. El hecho de que el Lehendakari aceptara presidir la Comisión Directora del PS, representó un importante espaldarazo para el asentamiento del paradigma de salud en todas las políticas y su interiorización por parte de todos los departamentos implicados.

El Comité Técnico de Salud en todas las Políticas liderado por el DS y con participación de todos los sectores, tiene por objeto asistir a la Comisión Directora del PS. Por debajo del Comité se han creado grupos técnicos de trabajo para proyectos e iniciativas concretas.

La Comisión Directora se ha reunido una vez todos los años desde su constitución salvo en 2020 a causa de la pandemia. Por el contrario, el Comité en pleno no se reunió durante 2015 y 2016, si bien en 2015 sí se reunieron los grupos técnicos de trabajo del análisis de la lente de la salud del IV Programa Marco Ambiental 2020 y del Plan de Empleo 2014-2016. En 2018 se presenta el método de trabajo y el cronograma del Comité para la elaboración del informe de validación y compromiso con el PS desde cada uno de los sectores implicados. Cuatro meses después las personas componentes del Comité presentan el informe sectorial de su área de Gobierno y, sobre esta base, se prepara la reunión de la Comisión Directora del PS. En 2019 se repite esta operativa de elaboración y presentación de informes sectoriales.

La percepción de las y los interlocutores cualificados en relación con esta materia es que, si bien inicialmente tanto la Comisión como el Comité funcionaron adecuadamente, posteriormente la operativa de este último no fue tan efectiva y el modelo de trabajo basado en informes sectoriales anuales no ha sido fiel a la filosofía de trabajo colaborativo que debe guiar la aplicación del concepto de salud en todas las políticas, tal y como se recoge

en el punto 2.2.1. Otras personas interlocutoras apuntan a la complejidad que introduce en la gobernanza la participación de múltiples agentes, y la necesidad de encontrar un punto de equilibrio entre participación y operatividad.

¿EL PLAN DE SALUD CONTÓ CON RECURSOS FINANCIEROS SUFICIENTES?

El PS, en el momento de su aprobación, no contó con una dotación presupuestaria específica acorde a los objetivos y acciones planteados y algunas y algunos interlocutores han hecho referencia a la insuficiente dotación presupuestaria asignada a los proyectos promovidos.

¿EL PLAN DE SALUD CONTÓ CON RECURSOS HUMANOS CUALIFICADOS Y SUFICIENTES?

No se ha contado con personal dedicado en exclusiva para el despliegue, la gobernanza y el seguimiento del PS. Las personas a las que estaban asignadas estas tareas debían compatibilizarlas con sus funciones ordinarias.

Muchas de las personas interlocutoras han indicado que la carencia de dedicaciones ha limitado el despliegue del PS. En concreto, se indica que han faltado recursos suficientes para analizar y propiciar el alineamiento entre el PS y los CCPPs entre el DS y las organizaciones de servicio de Osakidetza. También para generalizar y sistematizar la utilización de herramientas como “La Lente de la Salud” y las Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS), extender iniciativas como “Ekitalde salud y desarrollo urbano sostenible” o constituir y dinamizar redes de salud locales.

Estas y estos interlocutores consideran que hace falta una estructura técnica específica dentro de la DSPA tanto para la elaboración como para el posterior despliegue, seguimiento y coordinación del PS. Así, por ejemplo, en relación con la promoción de la salud y las capacidades del DS, y más concretamente de la DSPA, en opinión de las y los interlocutores cualificados las actuaciones recogidas en el PS requieren de una dedicación de recursos humanos y económicos importante y proporcionada a los objetivos, algo que no siempre se ha producido.

¿LOS SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD HAN PERMITIDO CORREGIR DEBILIDADES E INCREMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL PLAN DE SALUD?

La monitorización y evaluación del PS se fundamenta sobre dos pilares; las evaluaciones anuales y el panel de indicadores asociados a objetivos. Otra herramienta importante a efectos de monitorización de la situación de la salud es la ESCAV que se realiza cada 5 años, y cuya última edición se publicó en 2018, pero con datos de 2016 y 2017.

La gran mayoría de las y los interlocutores tienen una visión crítica de los Indicadores. Se indica heterogeneidad en cuanto a su naturaleza, se mezclan indicadores de impacto con indicadores de proceso o de cumplimiento de las acciones asociadas a los objetivos, con un peso específico similar a la hora de valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.

También son varias personas interlocutoras las que apuntan a una cierta falta de realismo al establecer los niveles objetivo de los indicadores, que en ocasiones son demasiado ambiciosos

Por otra parte, algunas y algunos interlocutores advierten sobre la falta de alineamiento entre los indicadores del PS y un instrumento importante para la evaluación de algunos resultados del sistema sanitario como es el CP. Se apunta a que, una vez elaborado un nuevo PS, todos los instrumentos de monitorización y evaluación de la salud y del sistema sanitario (CP, Oferta Preferente, ESCAV...) se deberían reformular en consecuencia.

La reflexión sobre el nivel de detalle al que debe llegar la formulación de un PS también se traslada a los indicadores. Para algunas y algunos interlocutores, los indicadores del PS deben ser básicamente de impacto, dejando para los instrumentos de despliegue (planes estratégicos de organizaciones sanitarias, planes sectoriales, planes y programas sobre temáticas concretas relacionadas con la salud y la asistencia...) indicadores instrumentales: condiciones de salud, determinantes...

Con relación a los indicadores de impacto, hay personas interlocutoras que sugieren cambiar el enfoque, esto es, además de recabar datos de incidencia o mortalidad, proponen dar un paso adelante y establecer indicadores sobre la calidad de vida de las personas como medida de las intervenciones en salud.

Sobre las evaluaciones anuales hay diferentes opiniones. Para la mayor parte de las personas consultadas las evaluaciones anuales son útiles, aunque solo sea porque les obliga a parar a pensar, les pone frente al espejo de lo que han hecho y les estimula a seguir trabajando para alcanzar los objetivos planteados. Otras personas, por el contrario, piensan que sería más adecuada una frecuencia de evaluación de dos años y más enfocada a evaluar el impacto que la ejecución. La mayoría de las personas consultadas, que participan en aportar información para la realización de las evaluaciones anuales, echan en falta recibir algún tipo de feed back de los resultados de las evaluaciones.

Varias personas interlocutoras indican que los informes anuales presentan conclusiones muy vagas y complacientes sin referencia en muchos casos al impacto. Algunas opiniones también apuntan a que, para una adecuada evaluación, hace falta una base científica de intervenciones en Salud Pública como la que existe en el Reino Unido con el NICE (National Institut for Clinical Excellence). En este sentido se apunta a que el problema real son los recursos que se necesitan para una monitorización adecuada de los programas y acciones en términos de resultados/impactos.

Con relación a los informes sectoriales, un análisis de éstos permite constatar una gran heterogeneidad en estructuras y contenidos. A juicio de algunas y algunos interlocutores cualificados, valorando la motivación por la que se puso en marcha la iniciativa, consideran

que finalmente la operativa no ha respondido al espíritu de salud en todas las políticas porque no supone trabajar juntos, en algunos casos el informe se limita a un descargo de actividad del departamento o área en cuestión.

En cuanto a la ESCAV, el principal problema que identifican algunas y algunos interlocutores es su frecuencia cada 5 años que no permite disponer en muchos momentos de una visión actualizada de la situación. Otro aspecto que algunas personas consultadas trasladan es la naturaleza de la ESCAV, basada en percepciones y no en datos objetivos, y en ese sentido apuntan a la necesidad de buscar otros indicadores que complementen y de alguna manera “objetiven” sus resultados.

¿HA HABIDO UNA ADECUADA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES AGENTES INVOLUCRADOS EN LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE SALUD?

La coordinación entre el DS y otros departamentos y áreas del GV se articuló inicialmente en torno a comisiones mixtas. Pero este funcionamiento no se ha mantenido en el tiempo, por lo menos no en todos los casos, como ocurre con Educación, cuya comisión mixta dejó de funcionar en 2018 coincidiendo con el cambio en la DSPA.

Como despliegue del PS, a los equipos comarcales de Salud Pública se les encargó contactar con ayuntamientos, centros de salud y otros agentes locales para crear redes locales de salud comunitaria, presididas normalmente por el alcalde o la alcaldesa o algún concejal o concejala y en las que participa una persona representante del centro de salud, asociaciones, centros educativos... Estas redes, han tenido en la práctica un recorrido limitado y no se han desplegado en muchos municipios debido, según apuntan diferentes interlocutores e interlocutoras, a la falta de recursos, ya que se encomienda este trabajo a personas que ya tienen otras funciones.

En cualquier caso, las redes de salud local desplegadas han permitido estrechar la relación entre las unidades de Atención Primaria y los equipos comarcales de Salud Pública propiciando un mayor alineamiento, especialmente en promoción y prevención de la salud, concretamente en alcohol y obesidad infantil. Físicamente se intenta que compartan instalaciones comunes, que Salud Pública esté en centros de salud, pero no es así en todos los casos. Un problema es que las comarcas de Salud Pública no coinciden con las OSI. Ha habido problemas puntuales en las Unidades de Atención Primaria de OSK para designar referentes comunitarios porque, también en este caso, supone un trabajo añadido a las funciones habituales.

En el ámbito de la coordinación sociosanitaria a nivel comunitario, en especial en el ámbito de los cuidados de larga duración, la pandemia ha obligado a un intenso y estrecho trabajo colaborativo interinstitucional, que, a juicio de las personas consultadas, sería interesante poder consolidar.

En otros ámbitos como la salud laboral, el entorno ambiental, la actividad física, o en el ámbito local... los agentes que han participado reconocen que ha habido avance, que se han creado grupos de trabajo que han facilitado la colaboración y la coordinación, pero hay que seguir trabajando en ello y hay que hacerlo a todos los niveles, político, de gestión y técnico.

En relación con la comunicación, diferentes interlocutores o interlocutoras trasladan la falta de comunicación tanto en el momento de la aprobación del PS como durante su desarrollo y despliegue. Así, por ejemplo, la mayoría de las personas consultadas, que han participado en aportar información para la realización de las evaluaciones anuales, han echado en falta recibir algún tipo de feed back de los resultados de las evaluaciones.

¿EL PLAN DE SALUD HA CONTADO CON LA VISIBILIDAD SUFICIENTE PARA FACILITAR SU PUESTA EN MARCHA EFICAZ?

No es una apreciación general, pero son varias las personas interlocutoras que han transmitido su escepticismo sobre el conocimiento que existe del PS, y lo que ello supone de dificultad para conseguir la implicación necesaria de los diferentes agentes.

En cualquier caso, el PS inició su andadura con mucho vigor, que con los años ha ido decayendo y es una referencia en muchos de los discursos y notas de prensa que se elaboran desde el DS.

¿CUÁLES HAN SIDO LOS PRINCIPALES RETOS Y BARRERAS QUE HAN OBSTACULIZADO SU FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN?

Una de las principales barreras a la formulación y, especialmente al despliegue y seguimiento del PS, es a juicio de diferentes personas interlocutoras la falta de profesionales con un nivel de dedicación suficiente. Tal y como se ha descrito en el capítulo correspondientes, muchas de las tareas de despliegue y seguimiento se asignaban a profesionales que ya tenían otras funciones. En ocasiones la participación ha dependido más de la voluntad y vocación de las personas, que no de una asignación clara de funciones, responsabilidades y prioridades.

Otra barrera que también se ha mencionado previamente, es la dificultad para alinear con el PS las herramientas de orientación y evaluación, como, por ejemplo, el CP de Osakidetza, De esta forma, Osakidetza funciona en la práctica sobre la base de prioridades ajenas al PS.

También se ha mencionado anteriormente la dificultad que supone alinear las actividades e impulsar el trabajo de distintos equipos que participan en el despliegue del PS por estar asignados a diferentes direcciones.

Finalmente señalar otros factores que han dificultado su implantación y que ya han sido mencionados en sus apartados correspondientes. En algún caso los objetivos y acciones propuestos por el PS no estaban alineados con las prioridades y políticas sectoriales en las que debía impactar, caso del Departamento de Educación, o que para su implantación precisaban de una colaboración interinstitucional más allá de la interdepartamental del Gobierno Vasco, como es el caso de algunos objetivos contemplados en el AP3 “Envejecimiento saludable”.

4.

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

4. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

4.1. ROL DEL PLAN DE SALUD COMO HERRAMIENTA ESTRATÉGICA PARA EL DISEÑO DE LAS POLÍTICAS PRIORITARIAS EN SALUD

La cúspide del PS como herramienta estratégica se encuentra en los principios y conceptos que proclama como guía tanto para el establecimiento de objetivos y líneas de actuación dentro del propio PS, como de todas las intervenciones que se deriven del mismo a través de diferentes instrumentos de planificación. En el PS 2013-2020 algunos de estos conceptos (salud en todas las políticas, equidad), no sólo se han proclamado, sino que además se han concretado en objetivos, lo que tiene la virtud de permitir establecer líneas de acción específicas para reforzar su materialización. El problema es que este mecanismo no ha garantizado que estos conceptos impregnen suficientemente al resto de los objetivos y acciones. La lección no es tanto que estos conceptos no puedan ser formulados como unos objetivos más, sino que es necesario habilitar mecanismos en la elaboración del nuevo PS para garantizar que el resto de los objetivos y acciones se formulan y ejecutan de manera consecuente con ellos.

El PS presenta características que aumentan las dificultades y barreras a las que se enfrenta cualquier plan de carácter estratégico: un largo periodo de vigencia (8 años) y un espectro amplio y dispar de agentes sobre los que debe incidir, algunos de ellos grandes y complejas organizaciones como Osakidetza, y otros agentes para los cuales la salud es un factor que no forma parte de su núcleo de actividad. En este contexto, es un auténtico reto establecer una formulación a la que todos los agentes implicados puedan recurrir para orientar sus políticas y actuaciones durante ocho años, esto es, que les aporte criterios para decidir en cada momento qué intervenciones deben llevar a cabo y cómo diseñarlas.

Al respecto, el alcance y nivel de detalle del PS es una cuestión crítica. No son útiles formulaciones excesivamente genéricas en las que tienen cabida un amplio abanico de actuaciones. Este es un problema que se ha puesto de manifiesto en ámbitos como el AP3 “Envejecimiento saludable”. Pero tampoco son útiles formulaciones excesivamente concretas que puedan quedar obsoletas en poco tiempo y que los responsables de

ejecutarlas perciban que les constriñen a la hora de abordar la temática en cuestión en determinados entornos y momentos. Este problema se ha manifestado en algunos objetivos, acciones e indicadores del AP2 “Personas con enfermedad”.

Detrás de esta cuestión subyace la relación entre el PS y aquellos instrumentos que determinan de una manera más concreta la actividad de los diferentes agentes. Por ejemplo, en el caso de Osakidetza, su plan estratégico corporativo, el de cada una de sus organizaciones de servicio, los planes de gestión o el CP. El alineamiento del PS 2013-2020 con estos instrumentos no ha sido todo lo directo e inmediato como debería haber sido. La lección que se extrae es que para que el PS oriente el día a día de todas las organizaciones implicadas, especialmente si mantiene una formulación que no llegue en exceso a lo concreto, los instrumentos mencionados tienen que alinearse con éste desde un primero momento para establecer acciones e intervenciones coherentes con las directrices del PS y adecuadas para cada momento y entorno.

En lo que respecta a estrategias, políticas y actuaciones de otros agentes sectoriales, el rol del PS como herramienta estratégica es más complejo, porque para estos agentes, si bien la salud es un factor que deben contemplar, no es en todos los casos una cuestión estratégica que afecte a su núcleo de actividad. La realidad que se ha constatado es que cuando desde el DS se dejó de impulsar el uso de instrumentos específicos para alinear el PS con planes e iniciativas de otros sectores (“La Lente de la Salud”, las evaluaciones de impacto en salud), su uso decayó. La lección extraída es que el DS debe poner los instrumentos y los recursos necesarios para orientar desde la perspectiva de la salud en todas las políticas, las estrategias, políticas y actuaciones de otros agentes sectoriales y reformularlas o adaptarlas en consecuencia.

En lo que se refiere a la sanidad privada, que gestionan el aseguramiento privado y en muchos casos apoyan a la sanidad pública mediante la fórmula de la concertación de servicios, con el 28% de las camas hospitalarias de Euskadi o el 33% del total del gasto sanitario⁴, el PS está lejos de sus políticas y estrategias. Además, no ha participado en su formulación ni en su despliegue, aunque sí reconocen que algunos de los retos y preocupaciones son compartidos.

El prolongado periodo de vigencia acarrea el riesgo de que tanto objetivos y líneas de actuación como el propio diagnóstico de situación queden obsoletos antes de tiempo. En definitiva, que el PS deje de resultar una herramienta estratégica efectiva durante todo su periodo de vigencia. En este sentido, se ha constatado el decreciente interés que han mostrado muchos de los agentes implicados con relación al PS 2013-2020. La lección aprendida es que para mantener la vigencia del PS hay que disponer de una visión prospectiva al diagnóstico de situación durante la elaboración del PS, así como incorporar en el despliegue instrumentos, no simplemente de seguimiento y evaluación, sino también de revisión y, en su caso, reformulación parcial del PS.

⁴ Datos recogidos del informe: “Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2020”. IDIS-Instituto para el Desarrollo e Integración de la sanidad privada.

El cuadro de mando del PS es, asimismo, un instrumento fundamental para garantizar su efectividad como herramienta estratégica. Todos los indicadores del PS 2013-2020 estaban asociados a objetivos, y muchos eran de proceso y de cumplimiento de acción. Esta formulación presentaba dos problemas, Por una parte, el PS carecía de un cuadro de mando para monitorizar la evolución del estado de salud de la población. Por otra, en muchos casos no se medía la cumplimentación del objetivo, esto es, el impacto en salud de las acciones. La principal lección es que el cuadro de mando del futuro PS, de manera coherente con la función del PS como herramienta estratégica de más alto nivel y con una formulación no excesivamente concreta de líneas de actuación, tiene que monitorizar la evolución del estado de salud de la población y el cumplimiento de los objetivos establecidos en términos de valor en salud, bienestar y calidad de vida, siempre que sea posible sobre una base científica, dejando las mediciones de proceso y actividad para los instrumentos de despliegue que concretan las iniciativas e intervenciones en salud.

La efectividad del PS como herramienta estratégica también depende en gran medida de los mecanismos de gobernanza y gestión que se establezcan para su despliegue y seguimiento. Lo cierto es que, si bien la gobernanza a alto nivel que ha establecido el PS 2013-2020 (Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas) ha funcionado, no se puede decir lo mismo de los instrumentos de coordinación (comisiones mixtas, grupos de trabajo intersectoriales o redes de salud local) cuya operatividad en algunos casos ha decaído a lo largo del tiempo. La lección es que el nuevo PS debe establecer mecanismos para impulsar y sistematizar el uso de estos instrumentos.

Finalmente, en relación con la comunicación, diferentes interlocutores e interlocutoras trasladan la falta de comunicación hacia los colectivos afectados, tanto en el momento de la aprobación del PS como durante su desarrollo y despliegue. Así, por ejemplo, la mayoría de las personas consultadas, que han participado en aportar información para la realización de las evaluaciones anuales, han echado en falta recibir algún tipo de *feed back* de los resultados de las evaluaciones.

4.2. PRINCIPALES CONTRIBUCIONES Y LOGROS DEL PLAN DE SALUD 2013-2020

Un gran logro del PS ha sido poner encima de la mesa el concepto de salud en todas las políticas sobre la base del modelo de determinantes sociales de la salud, y que, a consecuencia de ello, los diferentes agentes sectoriales cuyas políticas inciden sobre la salud de las personas, hayan interiorizado este concepto. A ello ha ayudado haber articulado desde el primer momento una gobernanza multisectorial, y especialmente el hecho de que el Lehendakari haya presidido la Comisión Directora del PS.

También es importante constatar que se ha profundizado en el análisis de las desigualdades sociales mediante la incorporación de nuevas variables en análisis, estadísticas y estudios sobre el estado de la salud de la población que permiten obtener información desagregada por sexo, edad, lugar de residencia, grado de privación socioeconómica y nivel de estudios.

Otro logro muy importante es la integración asistencial. Osakidetza ya se articula organizativamente en torno a organizaciones de servicios integrados, y ya se ha avanzado en la definición de guías clínicas y rutas asistenciales que transcurren entre los diferentes niveles.

Con relación a condiciones de salud y patologías concretas, donde se tiene una percepción de haberse producido un mayor avance es en seguridad clínica, uso adecuado de fármacos y cáncer.

De una manera más concreta, el concepto de envejecimiento saludable ha tomado peso, sobre todo, a nivel institucional y también en una parte de la población mayor que es la que se involucra en los programas locales de envejecimiento activo, algo muy importante teniendo en cuenta que se trata de una franja de población que tiene cada vez más peso y que se trata de la más demandante de servicios sanitarios.

Se reconoce que se ha avanzado en trabajar la promoción de la salud, contando para ello con otros agentes que lo pueden hacer posible, más allá del DS y Osakidetza. En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que de alguna manera han tenido el PS como una referencia y que han hecho posible el desarrollo de las actuaciones: Plan de Actividad Física de Euskadi, MUGIMENT; Plan de obesidad infantil; Gazte Plana; Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi; Plan de Adicciones de Euskadi; Programa Marco Ambiental; Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo y más recientemente, el I Plan Municipal de Salud de Bilbao...

4.3. PRINCIPALES RETOS DEL PLAN DE SALUD

La materialización del concepto de salud en todas las políticas sobre la base del modelo de determinantes sociales de la salud ha sido interiorizada por los diferentes agentes, pero su materialización aun afronta algunos retos.

El primer reto es imbricar este concepto en la operativa común de planificación y diseño de políticas de todos los agentes implicados. La lección aprendida al respecto es que la necesidad de mantener la labor de sensibilización y soporte a estos agentes, lo que, en la práctica, requiere dotarse de una estructura de trabajo y gestión con recursos profesionales cualificados con disponibilidad para esta función.

Otra lección aprendida es la necesidad de implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional en la elaboración del PS para conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades, y trabajar en clave de compromiso, lo que, teniendo en cuenta la cantidad y diversidad de agentes, representa en sí mismo un reto. Y el tercer reto, es poder articular mecanismos de revisión del PS que permitan incorporar a lo largo del periodo de vigencia, nuevos contextos sociales y económicos, que van surgiendo y que pueden tener un impacto en la salud poblacional incluyendo los condicionantes introducidos por el COVID-19.

Se ha avanzado en la implantación del concepto equidad, pero aún representa un reto que el concepto impregne todas las actuaciones relacionadas o que tienen impacto sobre la salud de las personas. Por ejemplo, en la investigación en salud se ha detectado durante mucho tiempo un sesgo de género. También el concepto de análisis de las desigualdades en salud mantiene su vigencia con la posibilidad de un mayor desarrollo incorporando nuevas variables como, por ejemplo, el país de origen, la etnia o la religión, o la situación económica.

La formulación de objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas tiene la virtud de identificar y poner el foco en las patologías más prevalentes y críticas, pero, por otra parte, pone el acento más en la enfermedad que en las personas enfermas, lo que es, en cierto modo, contradictorio con el objetivo de una atención centrada en la persona. Por ejemplo, en el caso de una persona pluripatológica frágil, el objetivo es lograr un bienestar general de la persona, no la curación de todas y cada una de las patologías que padece, independientemente de su prevalencia o mortalidad. La lección no es tanto disociar objetivos de patologías sino la necesidad de una reflexión durante la elaboración del próximo PS para lograr una formulación que, sin desviar el foco de los principales problemas de salud que afectan a la población, ponga en el centro a las personas y su bienestar.

Otro reto pendiente es la culminación de la integración sanitaria bajo la premisa de atención centrada en la persona y, especialmente, la consolidación de la coordinación sociosanitaria. En cuanto a la integración sanitaria, si bien el avance logrado es evidente, dos importantes retos son recuperar los logros alcanzados antes de la pandemia, y, muy especialmente, retomar la estrategia de Atención Primaria.

En cuanto a la coordinación sociosanitaria, el reto será desplegar la estrategia definida para el periodo 2021-2024 y contribuir al modelo de cuidados de larga duración que se está definiendo entre las Instituciones Vascas y que pone a la persona mayor en el centro. Todo ello, con un máximo aprovechamiento de las oportunidades que presentan las tecnologías de la información y la comunicación y en especial la interoperabilidad de los sistemas de información que se necesita para prestar un servicio de atención continua e integral.

Algunas de las prioridades trabajadas en el PS siguen siendo pertinentes, y habrá que tenerlas en cuenta en el futuro PS, es el caso de los cuidados paliativos que han conocido en este periodo un importante impulso y despliegue, pero se deberá seguir profundizando, y evolucionando hacia un concepto más amplio como es la atención al final de la vida. O la obesidad que se mantiene como factor negativo relevante del nivel de salud, que no ha mejorado, por lo que se debe seguir insistiendo en su prevención, especialmente en la infancia y juventud. La salud mental es otro ámbito del PS que precisa mantener un impulso decidido, con un doble enfoque, el de la enfermedad mental, que sigue necesitando apoyos y recursos, y el del bienestar emocional, psicológico y social, donde la promoción y la prevención cobran especial relevancia, y las actuaciones y los agentes intervinientes exceden a lo meramente sanitario, siendo necesaria la implicación de otros agentes del ámbito de la educación, lo social, etc. Además, los riesgos psicosociales están emergiendo con fuerza en el entorno laboral lo cual tiene un efecto directo en el nivel de salud mental de la población.

Nuevos retos que no estaban presentes en la formulación del PS pero que han surgido posteriormente están ligados a conceptos como la medicina personalizada basada en información genética y la medicina basada en valor, o patologías como las enfermedades neurodegenerativas.

En cuanto al ámbito del envejecimiento saludable el reto, más allá de la enfermedad o patologías relacionadas con la edad, es mantener el acompañamiento de todos los niveles institucionales donde se encuentran repartidas competencias de planificación y programación dirigidas a esta franja de la población: instituciones que tienen diferentes ritmos, modelos de gestión, sistemas de información, ... Una lección aprendida es que no es suficiente con diseñar un plan, marcar objetivos y acciones y esperar a que los agentes o instituciones concernidas se pongan a trabajar y además lo hagan de forma coordinada y colaborativa. Para avanzar en contextos interinstitucionales hacen falta recursos específicos y espacios de intercooperación acordados y negociados. De cara al nuevo PS se identifican, hoy, varios marcos de colaboración interprofesional e interinstitucional que se han ido consolidando en estos años con capacidad para contribuir a este fin; la Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024, el PAM, Euskadi Lagunkoia y BetiOn. Incorporar o reforzar donde ya está contemplado el espacio comunitario (propio de la salud pública) se considera también importante pensando en un nuevo Plan de Salud.

La prevención y promoción de la salud infantil y juvenil sigue teniendo un valor relevante en cuanto que trata de incorporar hábitos saludables desde el inicio de la vida y así contribuir a un estado de salud más favorable para el conjunto de la sociedad. Necesita dedicarle tiempo de calidad de las y los profesionales. Una lección aprendida es la necesidad de tener en cuenta la importancia del ámbito educativo y en consecuencia la necesidad de definir objetivos y planificar acciones con mirada de medio-largo plazo de manera conjunta, teniendo en cuenta las prioridades y márgenes de gestión del sistema educativo.

La necesidad de disponer de espacios de coordinación: salud-educación, también es una lección aprendida. Cuando han desaparecido se han echado en falta, ya que la efectividad de hacer un seguimiento conjunto de la implantación de medidas, programas, proyectos ha demostrado tener mayor potencia en el impacto que puede generar.

Se ha avanzado también en la promoción de la salud en colaboración con otros agentes sectoriales, orientando actuaciones en materias como alimentación saludable, actividad física, adicciones, o el entorno ambiental y el entorno laboral. En este contexto se han definido estrategias y programas sectoriales y locales que han tenido como referencia el PS. Los agentes que han participado en la evaluación insisten en la importancia de seguir colaborando desde la propia formulación del PS. Además, en relación con el rol que corresponde al DS y más concretamente a la DSPA, es necesario dotar de mayores capacidades, tanto recursos humanos como económicos, de manera proporcionada a los objetivos y relevancia que la materia exige, y tanto en el desarrollo de iniciativas internas como en la colaboración y coordinación con otros agentes.

En relación con los entornos saludables, además de los que ya contempla el PS, es necesario abordar otros como la vivienda, el espacio urbano, la movilidad y el transporte, el sistema educativo, las políticas de redistribución de la riqueza, el acceso a un trabajo digno... ofreciendo protección a la ciudadanía frente a aquellos riesgos que no están en su mano prevenir, sino que dependen de la acción de instituciones, organizaciones públicas y privadas.

5.

RECOMENDACIONES

5. RECOMENDACIONES

A partir de los Resultados de la Evaluación, las Conclusiones y Lecciones Aprendidas, se ha creado un capítulo específico para, en clave de futuro, recoger las recomendaciones que el Equipo de LKS Next ha considerado pertinente realizar al objeto de que se tengan en cuenta en el futuro Plan de Salud, tanto en cuanto al propio rol y relevancia del PS, su proceso de elaboración y el modelo de gestión para su despliegue y seguimiento así como aquellos aspectos que en clave de Futuros Retos sería interesante contemplar:

ROL DEL PLAN DE SALUD		
ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
PRINCIPIOS	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>La cúspide del PS como herramienta estratégica se encuentra en los principios y conceptos que proclama como guía tanto para el establecimiento de objetivos y líneas de actuación dentro del propio PS, como de todas las intervenciones que se deriven del mismo a través de diferentes instrumentos de planificación...</p> <p>...El problema es que este mecanismo no ha garantizado que estos conceptos impregnen suficientemente al resto de los objetivos y acciones. La lección no es tanto que estos conceptos no puedan ser formulados como unos objetivos más, sino que es necesario habilitar mecanismos en la elaboración del nuevo PS para garantizar que el resto de los objetivos y acciones se formulan y ejecutan de manera consecuente con ellos.</p>	<p>El PS debe proclamar los grandes principios que deben guiar la estrategia, las políticas y las actuaciones con impacto sobre la salud (salud en todas las políticas, equidad, universalidad de la atención...), pero, además, debe ir acompañado de mecanismos que permitan garantizar el alineamiento de todas las intervenciones en salud con estos principios.</p> <p>Esto es, mecanismos que induzcan a las personas responsables de diseñar, ejecutar y evaluar las intervenciones en salud (desde el plan de legislatura al CP o los planes de gestión de las organizaciones de servicio) a preguntarse si efectivamente se formulan, implementan y evalúan de manera coherente con estos principios.</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>COMPROMISO</p>	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...Otra lección aprendida es la necesidad de implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional en la elaboración del PS para conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades, y trabajar en clave de compromiso, lo que, teniendo en cuenta la cantidad y diversidad de agentes, representa en sí mismo un reto...</p>	<p>Más allá de la colaboración, la participación y el empoderamiento, un concepto que podría ser muy poderoso dentro de la formulación conceptual que guíe la formulación y el despliegue del PS es el de Compromiso, esto es, el Compromiso que deben asumir todos y cada uno de los agentes implicados, incluida la propia ciudadanía.</p> <p>Para ello debe a su vez ser capaz de integrar objetivos compartidos con otras áreas del GV y de otros niveles de la Administración Vasca en la definición del nuevo PS.</p>
<p>FORMULACIÓN</p>	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>...En este contexto, es un auténtico reto establecer una formulación a la que todos los agentes implicados puedan recurrir para orientar sus políticas y actuaciones durante ocho años, esto es, que les aporte criterios para decidir en cada momento qué intervenciones deben llevar a cabo y cómo diseñarlas...</p>	<p>El PS, partiendo de un análisis del estado presente y previsiblemente futuro de la salud de la población, debe blindar los grandes principios que deben guiar las intervenciones en salud, dibujar un horizonte objetivo en términos de salud y establecer las grandes líneas para su consecución.</p> <p>Pero no debe especificar intervenciones concretas ni indicadores de proceso o ejecución, las cuales deberán ser formuladas en los instrumentos de planificación que se deriven del PS (planes de legislatura, planes estratégicos de Osakidetza y sus organizaciones de servicio, planes de gestión, CP).</p> <p>Para ello, todos estos instrumentos se deben reformular en cascada a la luz del PS una vez que éste haya sido aprobado.</p> <p>Complementariamente, es necesario un proceso periódico de reflexión para analizar la vigencia de la formulación del PS y, en su caso, revisarla.</p>

ELABORACIÓN DEL PS

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
PROSPECTIVA	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>...Se ha constatado el decreciente interés que han mostrado muchos de los agentes implicados con relación al PS 2013-2020. La lección aprendida es que para mantener la vigencia del PS hay que disponer de una visión prospectiva al diagnóstico de situación durante la elaboración del PS, así como incorporar en el despliegue instrumentos, no simplemente de seguimiento y evaluación, sino también de revisión y, en su caso, reformulación parcial del PS...</p>	<p>En el proceso de Reflexión del nuevo PS se debe incorporar la visión prospectiva, que ayude a anticipar el futuro, a visualizar las grandes tendencias, a prever situaciones de riesgo, a identificar aquellos aspectos que en el futuro pueden tener un gran impacto en la salud</p>
PARTICIPACIÓN	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...Otra lección aprendida es la necesidad de implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional en la elaboración del PS para conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades, y trabajar en clave de compromiso, lo que, teniendo en cuenta la cantidad y diversidad de agentes, representa en sí mismo un reto...</p>	<p>En el proceso de elaboración del futuro PS se recomienda implicar a todos los agentes públicos y privados relacionados de una manera directa o indirecta con la salud poblacional, al objeto de conocer y considerar sus prioridades, condicionantes y capacidades. Se trata de contar con todos los grupos de interés, tanto en su elaboración como en los instrumentos de gobernanza y monitorización.</p> <p>Asimismo, se ve necesario incorporar un enfoque de empoderamiento de las personas hacia su salud.</p>

DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DEL PLAN

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>GOBERNANZA</p>	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>...La efectividad del PS como herramienta estratégica también depende en gran medida de los mecanismos de gobernanza y gestión que se establezcan para su despliegue y seguimiento. Lo cierto es que, si bien la gobernanza a alto nivel que ha establecido el PS 2013-2020 (Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas) ha funcionado, no se puede decir lo mismo de los instrumentos de coordinación (comisiones mixtas, grupos de trabajo intersectoriales o redes de salud local) cuya operatividad en algunos casos ha decaído a lo largo del tiempo. La lección es que el nuevo PS debe establecer mecanismos para impulsar y sistematizar el uso de estos instrumentos...</p>	<p>Los mecanismos para asegurar el despliegue, implantación y seguimiento del PS van a requerir seguir trabajando en la Gobernanza necesaria para ello, y en la necesidad de una estructura específica en el ámbito de salud pública que lidere la implantación del concepto de salud en todas las políticas a nivel político, de gestión y técnico.</p> <p>Las funciones de esta estructura, además de prestar asesoramiento a los órganos de gobernanza (Comisión Directora del PS y Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas) y seguir difundiendo el concepto, serían alinear estrategias sectoriales con el PS, evaluar el impacto en salud y asesorar en el diseño de iniciativas en otros ámbitos sectoriales con previsible impacto sobre la salud y coordinar acciones conjuntas sobre el terreno.</p> <p>Durante la ejecución del PS el uso de instrumentos de coordinación como comisiones mixtas, grupos de trabajo intersectoriales o redes de salud local, ha decaído con el tiempo. Es necesario impulsar de nuevo este tipo de instrumentos.</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>CUADRO DE MANDO</p>	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>...El cuadro de mando del PS es, asimismo, un instrumento fundamental para garantizar su efectividad como herramienta estratégica. Todos los indicadores del PS 2013-2020 estaban asociados a objetivos, y muchos eran de proceso y de cumplimiento de acción. Esta formulación presentaba dos problemas, Por una parte, el PS carecía de un cuadro de mando para monitorizar la evolución del estado de salud de la población. Por otra, en muchos casos no se medía la cumplimentación del objetivo, esto es, el impacto en salud de las acciones. La principal lección es que el cuadro de mando del futuro PS, de manera coherente con la función del PS como herramienta estratégica de más alto nivel y con una formulación no excesivamente concreta de líneas de actuación, tiene que monitorizar la evolución del estado de salud de la población y el cumplimiento de los objetivos establecidos en términos de valor en salud, bienestar y calidad de vida, siempre que sea posible sobre una base científica, dejando las mediciones de proceso y actividad para los instrumentos de despliegue que concretan las iniciativas e intervenciones en salud....</p>	<p>Además de indicadores ligados a objetivos, el PS debería contener una batería de indicadores generales que monitoricen la evolución del estado de la salud de la población.</p> <p>El PS debería establecer el marco y los mecanismos necesarios para poder evaluar el impacto de las intervenciones en salud sobre una base científica, estableciendo la organización y las dotaciones de recursos necesarias para ello.</p> <p>Algunos de los indicadores utilizados para hacer el seguimiento del cumplimiento de los objetivos se obtienen de la ESCAV, cada 5 años y son de percepción. Se considera que habría que contar con otros indicadores, más allá de los de percepción que complementen y de alguna manera “objetiven” sus resultados.</p> <p>Además, algunas de las estrategias y/o programas sectoriales utilizan indicadores que podrán ser una referencia a tener en cuenta en el PS: actividad física, entorno ambiental, entorno laboral...</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>RECURSOS</p>	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...El primer reto es imbricar este concepto en la operativa común de planificación y diseño de políticas de todos los agentes implicados. La lección aprendida al respecto es que la necesidad de mantener la labor de sensibilización y soporte a estos agentes, lo que, en la práctica, requiere dotarse de una estructura de trabajo y gestión con recursos profesionales cualificados con disponibilidad para esta función...</p> <p>...La lección extraída es que el DS debe poner los instrumentos y los recursos necesarios para orientar desde la perspectiva de la salud en todas las políticas, las estrategias, políticas y actuaciones de otros agentes sectoriales y reformularlas o adaptarlas en consecuencia...</p> <p>...Además, en relación con el rol que corresponde al DS y más concretamente a la DSPA, es necesario dotar de mayores capacidades, tanto recursos humanos como económicos, de manera proporcionada a los objetivos y relevancia que la materia exige, y tanto en el desarrollo de iniciativas internas como en la colaboración y coordinación con otros agentes...</p>	<p>Dotar de los recursos humanos y económicos para el desarrollo del futuro PS.</p> <p>En relación con los recursos económicos valorar la conveniencia de dotar del correspondiente presupuesto al futuro documentándolo en la correspondiente memoria económica.</p> <p>En relación con los recursos humano valorar la pertinencia de contar con un equipo de personas en el DS cuyas funciones esté ligada directamente con el despliegue y seguimiento del PS: Secretaría Técnica del PS</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>COMUNICACIÓN</p>	<p>Capítulo 3.1. Rol del Plan de Salud como herramienta estratégica para el diseño de las políticas prioritarias en salud</p> <p>...En relación con la comunicación, diferentes interlocutores e interlocutoras trasladan la falta de comunicación tanto en el momento de la aprobación del PS como durante su desarrollo y despliegue hacia los colectivos afectados. Así, por ejemplo, la mayoría de las personas consultadas, que han participado en aportar información para la realización de las evaluaciones anuales, han echado en falta recibir algún tipo de feed back de los resultados de las evaluaciones...</p>	<p>Definir la Estrategia de Comunicación en relación con el PS. Identificando los públicos objetivo, mensajes a transmitir a cada público, canales y acciones comunicativas tipo.</p> <p>El PS debe ser objeto de socialización entre todos los grupos de interés afectados, al objeto de darlo a conocer, de compartir sus principios y prioridades, de facilitar su comprensión y sensibilizar, para que todas las partes interesadas lo conozcan y sean conscientes de cómo podrán contribuir en su despliegue.</p> <p>Serán críticos los mensajes, la imagen del PS, lo que se comunique y cómo se comunique, en definitiva, la Estrategia de Comunicación que contribuya a lograr la adhesión de todos los grupos de interés al PS.</p> <p>Además, esta comunicación deberá continuar durante el periodo de despliegue del PS en coherencia con la Gobernanza establecida.</p>

RETOS DEL FUTURO PS

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
NUEVOS RETOS	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...La formulación de objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas tiene la virtud de identificar y poner el foco en las patologías más prevalentes y críticas, pero, por otra parte, pone el acento más en la enfermedad que en las personas enfermas, lo que es, en cierto modo, contradictorio con el objetivo de una atención centrada en la persona...</p> <p>...Nuevos retos que no estaban presentes en la formulación del PS pero que han surgido posteriormente están ligados a conceptos como la medicina personalizada basada en información genética y la medicina basada en valor, o patologías como las enfermedades neurodegenerativas...</p>	<p>La formulación del nuevo PS debería tener en cuenta conceptos novedosos como el de “One Health” o el de la Sostenibilidad. Con relación a este último, el PS debería formularse de manera que esté orientado a contribuir en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030.</p> <p>También debería contemplar conceptos innovadores como la medicina personalizada basada en información genética o sobre cómo las nuevas tecnologías de la información (big data, inteligencia artificial...) van a transformar la asistencia sanitaria.</p>
EQUIDAD	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...Se ha avanzado en la implantación del concepto equidad, pero aun representa un reto que el concepto impregne todas las actuaciones relacionadas o que tienen impacto sobre la salud de las personas. Por ejemplo, en la investigación en salud se ha detectado durante mucho tiempo un sesgo de género. También el concepto de análisis de las desigualdades en salud mantiene su vigencia con la posibilidad de un mayor desarrollo incorporando nuevas variables como, por ejemplo, el país de origen, la etnia o la religión, o la situación económica....</p>	<p>La equidad, aunque no es una novedad es necesario seguir impulsando una investigación sin sesgos de género, así como incorporar nuevas variables (país de origen, etnia, religión...) en el análisis de las desigualdades.</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>ENFOQUE PERSONA ENFERMA</p>	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...La formulación de objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas tiene la virtud de identificar y poner el foco en las patologías más prevalentes y críticas, pero, por otra parte, pone el acento más en la enfermedad que en las personas enfermas, lo que es, en cierto modo, contradictorio con el objetivo de una atención centrada en la persona.</p>	<p>Durante la elaboración del nuevo PS, es necesaria una reflexión sobre la idoneidad de formular objetivos ligados a patologías o condiciones de salud concretas para conseguir una formulación que sin desviar el foco de los principales problemas de salud que afectan a la población, ponga en el centro a las personas y promueva una medicina basada en valor, teniendo en cuenta la mejor evidencia disponible en cada momento y el enfoque de la Atención Centrada en la Persona ACP.</p> <p>En relación con la ACP se ha iniciado el desarrollo de dos herramientas, entre otras, que pueden servir de soporte sólido para este reto: Los Planes Individuales de Atención (PIA) y la Planificación Compartida de Decisiones.</p>
<p>COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA</p>	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...En cuanto a la coordinación sociosanitaria, el reto será desplegar la estrategia definida para el periodo 2021-2024 y contribuir al modelo de cuidados de larga duración que se está definiendo entre las Instituciones Vascas y que pone a la persona mayor en el centro. Todo ello, con un máximo aprovechamiento de las oportunidades que presentan las tecnologías de la información y la comunicación y en especial la interoperabilidad de los sistemas de información que se necesita para prestar un servicio de atención continua e integral...</p>	<p>Requiere una mención especial la coordinación sociosanitaria, en la cual, si bien se han llevado a cabo importantes pasos, es necesario persistir y consolidar los avances. En este sentido la nueva Estrategia 2021-2024 puede ser el marco de partida para que el nuevo PS, con una vigencia temporal de mayor alcance, plantee escenarios de atención integrada para los cuidados de larga duración distribuidos a lo largo de los municipios vascos.</p>

ELEMENTOS	REF. CONCLUSIONES	RECOMENDACIÓN
<p>SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS</p>	<p>Capítulo 3.3. Principales retos del Plan de Salud</p> <p>...En relación con los entornos saludables, además de los que ya contempla el PS, es necesario abordar otros como la vivienda, el espacio urbano, la movilidad y el transporte, el sistema educativo, las políticas de redistribución de la riqueza, el acceso a un trabajo digno... ofreciendo protección a la ciudadanía frente a aquellos riesgos que no están en su mano prevenir, sino que dependen de la acción de instituciones, organizaciones públicas y privadas....</p>	<p>Generar entornos que favorezcan buenas condiciones de vida para que las personas puedan tener una mejor salud, además de los que ya contempla el PS, incluir otros como la vivienda, el espacio urbano, la movilidad y el transporte, el sistema educativo, las políticas de redistribución de la riqueza, el acceso a un trabajo digno... ofreciendo protección a la ciudadanía frente a aquellos riesgos que no están en su mano prevenir, sino que dependen de la acción de instituciones, organizaciones públicas y privadas.</p> <p>Además, seguir trabajando, en colaboración con los agentes competentes, en el concepto de Territorio Saludable a partir del estudio de los determinantes ambientales y los resultados obtenidos, y el futuro V Programa Marco Ambiental. En el Entorno Laboral, y la futura Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021-2026 y el concepto Empresa Saludable.</p> <p>En base al principio de Salud en Todas las Políticas, promover la salud, la equidad en salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas en el ámbito local, desde la comunidad y con un enfoque integral.</p>

6.

ANEXOS

6. ANEXOS

ANEXO I. DOCUMENTACIÓN ANALIZADA

ESTRATEGIAS GENERALES E INFORMES

- Marco Estratégico 2021-2024 del DS.
- Plan de Salud 2013-2020.
- Informes de Evaluación del Plan de Salud 2013-2020.
- Informes sectoriales del Plan de Salud 2013-2020.
- Plan Estratégico de Osakidetza 2017-2020.
- Atlas de mortalidad interactivo de Euskadi.
- Datos relevantes de la encuesta de salud 2018.
- Informe: Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad.
- Informe VII Plan de Adicciones 2017-2021.
- Informe Determinantes Ambientales de la Salud en Euskadi 2019.
- Informe Covid-19 en el entorno laboral.
- Anteproyecto de ley de Salud Pública.
- Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi.

OTROS PLANES Y ESTRATEGIAS

- Prioridades Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2017-2020.
- Plan para la igualdad de mujeres y hombres (2018 - 2021) del DS.
- Plan Oncológico Integral de Euskadi (2018-2023).

-
- Plan de Atención a las Personas Mayores PAM.
 - Estrategia de Investigación e Innovación en salud 2020.
 - Estrategia de Prevención de la Obesidad Infantil en Euskadi.
 - Estrategia de seguridad del paciente 2020.
 - Estrategia para la atención primaria en Euskadi.
 - Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi.
 - Plan de Cuidados paliativos de Euskadi 2016-2020.
 - II Plan de coeducación para el sistema educativo vasco, en el camino hacia la igualdad y el buen trato 2019-2023.
 - IV Gazte Plana, 2020.
 - Estrategia Vasca de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 y Evaluación intermedia.
 - Estrategia Actividad Física. Mugiment.
 - IV Programa Marco Ambiental de la CAPV 2020.
 - Proyecto Territorio Saludable.
 - I Plan Municipal de Salud 2019-2023 Ayuntamiento de Bilbao.

GUÍAS E INICIATIVAS

- Guía para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria.
- Iniciativas para una Alimentación Saludable en Euskadi.
- Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales.
- Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad.

ANEXO II.

PERSONAS INTERLOCUTORAS ENTREVISTADAS

TRANSVERSALES

- Elena Albisua Cortázar (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Territorial Salud Gipuzkoa, Subdirectora de Salud Pública y Adicciones).
- Elena Aldasoro Unamuno (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- Iñaki Berraondo Zabalegui (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Ex-Viceconsejero de Salud).
- Concha Castells Carrillo (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Territorial Salud Bizkaia, Subdirección de Salud Pública y Adicciones).
- Pepe Quintas Díez (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Viceconsejero de Salud).
- Mikel Sánchez Fernández (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Director Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias).
- Joseba Vidorreta Gómez (Quirón Salud, Director Territorial del País Vasco).
- Jon Zuazagoitia Nubla (Gobierno Vasco, Departamento Salud, ExSubdirector de Salud Pública y Adicciones).

ÁREA PRIORITARIA 1. EQUIDAD Y RESPONSABILIDAD

- Amaia Bacigalupe de la Hera (UPV. Profesora e Investigadora).
- Bibiana Gómez Ramírez (Biltzen, Servicio Vasco de Integración e Interculturalidad).
- Eva Lamiquiz Linares (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección de Aseguramiento y Contratación).
- Izaskun Landaida Larizgoitia (Emakunde, Directora).
- Javier Pérez Pérez (Biltzen, Servicio Vasco de Integración e Interculturalidad, Director).

ÁREA PRIORITARIA 2. PERSONAS CON ENFERMEDAD

- Víctor Bustamante Madariaga (Osakidetza, Director Atención Sanitaria).
- Ana Bustinduy Bascaran (Osakidetza, Subdirectora para la Coordinación de la Atención Hospitalaria).
- Jon Letona Aramburu (Osakidetza, Subdirección de Calidad).
- Gorka Maiz López (Osatzen, Presidente).
- Susana Martín Benavides (Osakidetza, Subdirectora para la Coordinación de Atención Primaria).
- Luisa Fernanda Martínez Rodríguez (Osakidetza, Subdirección de Calidad).
- Inma Moro Casuso (Osakidetza, Subdirectora-Asesora de Enfermería).
- María Lourdes Ramírez Samaniego (Osakidetza, Subdirección de Calidad).
- Maribel Romo Soler (Osakidetza, Subdirectora de Calidad).
- Rafa Rotaeché del Campo (Osatzen, Coordinador).
- Iñaki Saralegi Reta (Osakidetza, Internista/bioética Hospital Santiago).

ÁREA PRIORITARIA 3. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

- José Antonio de la Rica Giménez (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Director Atención Sociosanitaria).
- Elena del Barrio Truchado- Co-directora de Matía Instituto. Investigadora. Responsable técnica de la iniciativa Euskadi Lagunkoia.
- Esteban de Manuel Keenoy (Kronikgune, Director del Centro de Investigación en Cronicidad).
- Joseba Zalakain Hernández (SIIS, Director de Servicio de Información e Investigación Social, Fundación Eguia- Careaga).

ÁREA PRIORITARIA 4. SALUD INFANTIL Y JUVENIL

- Amaia Agirre Pinedo (Gobierno Vasco, Departamento Educación, Directora Aprendizaje e Innovación Educativa).
- Emilio Aparicio Guerra (Osakidetza, Pediatra de Atención Primaria).
- Beatriz Nuin González (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- Lucía Torrealday Berrueco (Gobierno Vasco, Departamento Educación, Directora para la Diversidad e Inclusión Educativa).

ÁREA PRIORITARIA 5. ENTORNOS Y CONDUCTAS SALUDABLES

- Antonio Arraiza Armendáriz (Osakidetza, Coordinador General de Programas corporativos de Osakidetza).
- Karmele Barainka Guarrochena (Ayuntamiento Bilbao, Área de Salud y Consumo).
- Blas Borde Lecona (Gobierno Vasco, Dirección Territorial Salud Gipuzkoa, Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa).
- Alex Boto Bastegieta (Ihobe, Director General).
- Koldo Cambra Contin (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Subdirector de Salud Pública y Adicciones).
- Patxi Cirarda Larrea (Gobierno Vasco, Dirección Territorial Salud Bizkaia, Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Bizkaia).
- Aitor Gisasola Yeregui (OSALAN, Responsable de la Unidad de Salud Laboral del Centro Territorial de Gipuzkoa).
- Xabier González Vegas (Ihobe, Director de Sostenibilidad Ambiental).
- Salvia Hierro Zatón (Fundación Etorkintza, Directora-Gerente y Vocal de la Red UNAD Euskadi).
- Álvaro Iruin Sanz (Osakidetza, Director Gerente de la Red Salud Mental Gipuzkoa).
- Lourdes Iscar Reina (OSALAN, Directora General).
- Gonzalo MacGragh Saenz de Buruaga (Ayuntamiento de Bilbao, Área de Salud y Consumo).
- Beatriz Nuin González (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- Jesús Angel Ocio Armentia (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- Iñaki Olaizola Nogales (OSALAN, Subdirector Planificación).
- Maite Paino Ortuzar (Osakidetza, Subdirección Asistencia Sanitaria Osakidetza).
- Adelina Pérez Alonso (Osakidetza, Subdirección Coordinación de Atención Hospitalaria).
- Jon Redondo Lertxundi (Gobierno Vasco, Departamento Cultura y Política lingüística, Director de Actividad Física y Deporte).

ANEXO III.

GRUPOS DE CONTRASTE

GRUPO DE CONTRASTE 1. EQUIDAD Y RESPONSABILIDAD

- Elena Aldasoro Unamuno (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Salud Pública y Adicciones).
- Concha Castells Carrillo (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección Territorial Salud Bizkaia, Subdirección de Salud Pública y Adicciones).
- Bibiana Gómez Ramírez (Biltzen, Servicio Vasco de Integración e Interculturalidad).
- Eva Lamiquiz Linares (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Dirección de Aseguramiento y Contratación).
- Izaskun Landaida Larizgoitia (Emakunde, Directora).
- Jon Zuazagoitia Nubla (Gobierno Vasco, Departamento Salud, ExSubdirector de Salud Pública y Adicciones).

GRUPO DE CONTRASTE 2. PERSONAS CON ENFERMEDAD

- Víctor Bustamante Madariaga (Osakidetza, Director Atención Sanitaria).
- Jesús Larrañaga Garitano (Osakidetza, Director Gerente de OSI Bilbao Basurto).
- Jon Letona Aramburu (Osakidetza, Subdirección de Calidad).
- Susana Martín Benavides (Osakidetza, Subdirectora para la Coordinación de Atención Primaria).
- Inma Moro Casuso (Osakidetza, Subdirectora-Asesora de Enfermería).
- Pepe Quintas Díez (Gobierno Vasco, Departamento Salud, Viceconsejero de Salud).
- Maribel Romo Soler (Osakidetza, Subdirectora de Calidad).
- Mikel Sanchez Fernández (Gobierno Vasco, Dpto. Salud, Director Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias).

GRUPO DE CONTRASTE 3. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

- Itziar de la Peña Laustalet (Gobierno Vasco, Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, Dirección de Políticas Sociales).
- Mari Luz Peña González (Osakidetza, Subdirección de Asistencia Sanitaria).

ANEXO IV.

INDICADORES ACTUALIZADOS A 2020

Objetivo conseguido o tendencia hacia la consecución del objetivo 2020.

Mejora sobre la situación basal sin alcanzar el objetivo 2020.

Empeoramiento con relación a la situación basal.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2020	OBJETIVO 2020	FUENTE
1	Constitución y puesta en marcha de la Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas	--	Cumplido	Diciembre 2013/ marzo 2014	Gobierno Vasco Dpto. de Salud
2	Validación de compromiso de los sectores con el Plan de Salud	--	Cumplido	Informe 1º en 2016	Gobierno Vasco
3	Informe de desigualdades sectoriales	--	Cumplido	Informe 1º en 2016	Gobierno Vasco Dpto. de Salud
4	Informe anual de evaluación del Plan de Salud	--	Cumplido	Informe 1º en 2015	Gobierno Vasco Dpto. de Salud
5	Razón gasto corriente en Atención Primaria (asistencia sanitaria ambulatoria) / gasto corriente total en salud	17,0 ⁵	16,5 ⁶	>21%	Eustat. Cuenta de la Salud
6	Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD). Hombres (años)	69,3	70,5 ⁷	↑ 5%	ESCAV

⁵ En 2018 Eustat realiza la operación "Cuenta de la salud". Aplica el nuevo manual SHA 2011, que es una revisión colaborativa del manual SHA 1.0 entre la OCDE, Eurostat y la OMS. Define y armoniza internacionalmente los límites de la atención sanitaria, lo que permite la comparabilidad de los datos. El nuevo sistema de cálculo, según el manual SHA 2011, introduce cambios que afectan a los datos de origen en la situación de partida del indicador 5. Eustat calcula la serie para todos los años, contemplándose en la presente evaluación el nuevo indicador de partida para 2011. En base a lo anterior se adecúa el objetivo para 2020.

⁶ Año 2019

⁷ Año 2018

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
6bis	Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLVD). Mujeres (años)	73,1	72,8	↑ 5%	ESCAV
7	Desigualdades sociales en Esperanza de vida a los 30 años. Hombres (%) ⁸	14,1	12,1 ⁹	↓ 10%	Dpto. Salud. Serv. Estudios e Invest. Sanitaria
7bis	Desigualdades sociales en Esperanza de vida a los 30 años. Mujeres (%)	9,0	8,2	↓ 5%	Dpto. Salud. Serv. Estudios e Invest. Sanitaria
8	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. % pacientes oncológicos en lista de espera quirúrgica con demora <=28 días. Hombres	98,2 ¹⁰	88,3	Aumento progresivo	Osakidetza
8bis	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. % pacientes oncológicos en lista de espera quirúrgica con demora <=28 días. Mujeres	98,7	86,7	Aumento progresivo	Osakidetza
8bis2	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. % pacientes cardiacos en lista de espera quirúrgica con demora <=80 días. Hombres	96,2	82,4	Aumento progresivo	Osakidetza
8bis3	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. % pacientes cardiacos en lista de espera quirúrgica con demora <=80 días. Mujeres	96,8	80,1	Aumento progresivo	Osakidetza
8bis4	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Demora media en listas de espera quirúrgica general con <=55 días de demora. Hombres	51,7	81,3	Reducción progresiva	Osakidetza

⁸ Diferencia entre la esperanza de vida en el extremo más bajo de la escala social (percentil 1) respecto a la del extremo más alto (percentil 100). Media calculada mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que elimina el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud. El dato de situación de partida corresponde al periodo 2001-2006.

⁹ Año 2011-2016

¹⁰ No se disponía de información en la situación de partida. Se modificó el indicador 8, contemplándose 3 nuevos diferenciados por sexo. Los datos reflejan los valores de todos los indicadores incorporados en la evaluación de 2014.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
8bis5	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Demora media en listas de espera quirúrgica general con <=55 días de demora. Mujeres	52,1	82,0	Reducción progresiva	Osakidetza
9	Desigualdades en mala salud percibida por nivel social y sexo, hombres (IRD)	2,4	2,6 ⁷	↓ 10%	ESCAV
9bis	Desigualdades en mala salud percibida por nivel social y sexo, mujeres (IRD)	2,6	2,8	↓ 20%	ESCAV
10	Tasa de paro juvenil (16-24 años), hombres (%)	32,8 ¹¹	26,8 ¹²	15%	Eustat. PRA
10bis	Tasa de paro juvenil (16-24 años), mujeres (%)	28,8	24,5	15%	Eustat. PRA
11	Riesgo de pobreza. Índice de Gini de renta personal ¹³	0,5	0,5 ⁶	↓ 5%	Eustat. Estudio Renta personal y familiar
12	Hogares en situación de pobreza real según persona de referencia, hombres (%)	3,7	4,7	↓ 10%	Dpto. de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2020
12bis	Hogares en situación de pobreza real según persona de referencia, mujeres (%)	11,1	7,3	↓ 10%	Dpto. de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2020
13	Tasa de población sin hogar, hombres (Por mil)	1,6	-- ¹⁴	↓ 10%	Eustat. Encuesta de personas sin hogar
13bis	Tasa de población sin hogar, mujeres (Por mil)	0,4	-- ¹⁴	↓ 10%	Eustat. Encuesta de personas sin hogar
14	Abandono escolar prematuro (18-24 años), hombres (%) ¹⁵	8,3	9,6 ⁶	↓ 10%	Eustat. PRA

¹¹ Se modifican cifras de partida por informar EUSTAT de datos definitivos 2012.

¹² 2020 revisado.

¹³ Índice de Gini: es un indicador de desigualdad, es un número entre 0 y 1. El 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todas las personas tienen los mismos ingresos) y el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y las demás ninguno).

¹⁴ En la vigencia del Plan de Salud no se ha dispuesto de información o no hay una serie estable.

¹⁵ Abandono escolar prematuro: Porcentaje de población que ha completado como máximo la primera etapa de la educación secundaria y no sigue ningún estudio o formación. Eustat.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
14bis	Abandono escolar prematuro (18-24 años, mujeres (%))	7,1	8,0	↓ 10%	Eustat. PRA
15	Consejos de Salud activos y operativos	--	0	2 reuniones/año	Dpto. de Salud
16	Participantes en Osasun Eskola-Escuelas de Pacientes según patologías priorizadas (%)	--	-- ¹⁴	>50	Osakidetza-Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad
17	Revisar y publicar la nueva Carta de derechos y deberes de pacientes y personas usuarias del sistema vasco de salud.	--	Publicado en el BOPV ¹⁶	2015	Dpto. de Salud
18	Creación de la unidad administrativa de impulso y coordinación de las políticas de igualdad de Osakidetza ¹⁷	--	Sí ¹⁸	2015	Osakidetza
19	Creación del Observatorio Vasco de Salud	--	No	Sí en 2015	Dpto. de Salud
20	Incorporación de variables de estratificación social en los sistemas de información sanitaria	--	Sí	Sí en 2016	Dpto. de Salud Osakidetza
21	Informe de desigualdades sociales en salud	--	Sí ¹⁹	2015	Dpto. de Salud
22	Publicaciones indexadas (n)	722	1.456	↑ 40%	Bioef
23	Despliegue de vías clínicas asistenciales en las Organizaciones Asistenciales Integradas ²⁰ (%)	--	65,8 ⁶	100%	Osakidetza
24	Plan de formación para personas cuidadoras en las patologías priorizadas	--	Sí	Sí en 2016	Dpto. Salud Dpto. Empleo y Políticas Sociales Osakidetza

¹⁶ DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi <https://www.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2015/08/1503424a.shtml>

¹⁷ Esta Unidad Administrativa figura en el Decreto 213/2007 de 17 de noviembre y su cometido es encargarse del impulso y coordinación de las políticas de igualdad en Osakidetza.

¹⁸ Creada la plaza de igualdad de género en la Organización central de Osakidetza.

¹⁹ ESCAV 2018 http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_enc_salud_2018/es_def/adjuntos/DatosRelevantes_ESCAV2018.pdf

²⁰ También llamadas 'rutas asistenciales'.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
25	Proceso de prescripción compartida instaurado	--	Instaurado ²¹	2015	Osakidetza Dpto. de Salud
26	Programa de vigilancia antimicrobiana y resistencias	--	Cumplido	Sí en 2015	Osakidetza Dpto. Salud
27	Grado de utilización efectivo del sistema de notificación de incidentes de los Servicios /unidades de todas las OSIs/comarcas (%)	5	17	20	Osakidetza-Seguridad Clínica
28	Implantación de sistema/protocolo de identificación unívoca de pacientes (%)	75	100	100	Osakidetza-Seguridad Clínica
29	Planes de cuidados paliativos aplicados en Organizaciones Sanitarias Integradas/Comarcas (%)	--	100	100	Contrato Programa
30	Población con declaración de voluntades anticipadas, hombres (%)	0,1 ²²	1,2	>15%	Dpto. Salud
30bis	Población con declaración de voluntades anticipadas, mujeres (%)	0,1	2,2	>15%	Dpto.Salud
31	Organizaciones de servicios con oncología médica que tienen instaurada la revisión a través de los comités de tumores (%) ²³	0	100	100 ²⁴	Osakidetza
32	Incidencia de cáncer en menores de 65 años, hombres (tasa/100.000)	263,5 ²⁵	246,8 ²⁶	↓ 10%	Registro de Cáncer
32bis	Incidencia de cáncer en menores de 65 años, mujeres (tasa/100.000)	215,5	238,8	↓ 10%	Registro de Cáncer

²¹ En diciembre de 2015 Presbide (aplicación informática de conciliación de medicación- historial farmacoterapéutico único) está desplegado en todas las Organizaciones de Osakidetza. El uso de Presbide es casi total en Atención Primaria y en la Red de Salud Mental, mientras que en Atención Especializada ronda el 97%. Todas las organizaciones han implantado programas de conciliación.

²² Metodología cambiada y cifras de la situación basal recalculadas. Inicialmente se contabilizaron pacientes que planificaban anticipadamente las decisiones finales de la vida, incluyendo casos donde esto no se acompañaba de un documento formalmente registrado. Actualmente se contabilizan solo personas que han registrado esas decisiones a través de una declaración de voluntades anticipadas en el Registro de Voluntades Anticipadas del Departamento de Salud. Los datos de la situación basal se corrigieron a la baja desde un 1,2% originalmente publicado al 0,06 (0,1) % en el caso de los hombres, y del 1,1% original al 0,12 (0,1) % para las mujeres. Para el cálculo del indicador, en el denominador se utilizan datos del censo electoral para incluir solo a la población mayor de 18 años y legalmente capacitada.

²³ Indicador modificado en la evaluación 2019.

²⁴ Objetivo final modificado adecuándolo al nuevo indicador.

²⁵ El Registro de Cáncer se mantiene activo en el tiempo, lo que significa que se han identificado casos nuevos después del dato publicado en el Plan de Salud en su apartado de situación de partida. La cifra reflejada expresa la actualización de la tasa de incidencia del año de partida (2010) con los casos nuevos incorporados hasta enero 2015.

²⁶ Año 2016

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
33	Mortalidad por cáncer en menores de 65 años, hombres (tasa/100.000)	99,3	66,5	↓ 10%	Registro de Mortalidad
33bis	Mortalidad por cáncer en menores de 65 años, mujeres (tasa/100.000)	55,4	43,5	↓ 10%	Registro de Mortalidad
34	Incidencia por cáncer de pulmón en menores de 65 años, hombres (tasa/100.000)	37,8 ²⁵	33,4 ²⁶	↓ 10%	Registro de Cáncer
34bis	Incidencia por cáncer de pulmón en menores de 65 años, mujeres (tasa/100.000)	16,5	18,4	Frenar tendencia ascendente	Registro de Cáncer
35	Mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años, hombres (tasa/100.000)	29,9	20,3	↓ 10%	Registro de Mortalidad
35bis	Mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años, mujeres (tasa/100.000)	11,5	8,9	Frenar tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
36	Incidencia de cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000), hombres	90,9 ²⁵	68,1 ²⁶	↓ 10%	Registro de Cáncer
36bis	Incidencia de cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000), mujeres	39,8	37,8	↓ 10%	Registro de Cáncer
37	Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000), hombres	30,9	20,9	↓ 10%	Registro de Mortalidad
37bis	Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000), mujeres	13,6	10,8	↓ 5%	Registro de Mortalidad
38	Participación ²⁷ en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal, hombres (%)	62,9	68,2	↑ 10%	Programa de cribado de cáncer colorrectal
38bis	Participación en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal, mujeres (%)	68,7	73,5	↑ 10%	Programa de cribado de cáncer colorrectal

²⁷ Indicador modificado en evaluación 2018, con el criterio de Participación= personas con un resultado de test de sangre oculta en heces válido (FIT= test inmunológico cuantitativo) positivo o negativo/ número de personas con invitación válida (la carta enviada no ha sido devuelta por dirección desconocida) *100.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
39	Incidencia de cáncer de mama (tasa /100.000)	94,8 ²⁵	106,1 ²⁶	↓ 5%	Registro de Cáncer
40	Mortalidad por cáncer de mama (tasa /100.000)	18,1	13,9	↓ 10%	Registro de Mortalidad
41	Razón mujeres/hombres con revascularización en casos de síndrome coronario agudo	0,7	0,7	>0,8	Osakidetza
42	Población atendida en programa de rehabilitación cardíaca. Hombres (%) ²⁸	25,4 ²⁹	21,0	>75	Osakidetza
42bis	Población atendida en programa de rehabilitación cardíaca. Mujeres (%)	10,6	9,9	>75	Osakidetza
43	Mortalidad prematura por IAM ³⁰ (25-74 años), hombres (tasa/100.000)	47,7	37,8	↓ 10%	Registro de Mortalidad
43bis	Mortalidad prematura por IAM (25-74 años), mujeres (tasa/100.000)	7,1	7,0	Estabilizar tasa	Registro de Mortalidad
44	Hombres con accidente cerebro vascular (ACV) con plan personalizado de rehabilitación precoz (%)	19,8	34,2 ⁶	>75	Osakidetza
44bis	Mujeres con accidente cerebro vascular (ACV) con plan personalizado de rehabilitación precoz (%)	20,2	31,2	>75	Osakidetza
45	Hemoglobina glicosilada <7% en hombres con diabetes mellitus (%)	42,6	37,7	>50	Osakidetza
45bis	Hemoglobina glicosilada <7% en mujeres con diabetes mellitus (%)	42,4	40,0	>50	Osakidetza
46	Diferencias sociales en la prevalencia de DM II, hombres (IRD)	1,2	2,1 ⁷	↓ 5%	ESCAV

²⁸ Indicador contemplado por primera vez en la Evaluación del Plan de Salud de 2015. Metodología cambiada en Evaluación de 2017: cálculo sobre pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) con rehabilitación cardíaca. La anterior extracción de datos era sobre pacientes con rehabilitación cardíaca, con o sin IAM.

²⁹ Situación de partida de 2015 (43,5% hombres y 25,5% mujeres). En la Evaluación 2017 se modificó la situación de partida por cambio de metodología.

³⁰ La tasa de mortalidad corresponde a toda la cardiopatía isquémica (CIE10:I20-I25), incluido el infarto agudo de miocardio.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
46bis	Diferencias sociales en la prevalencia de DM II, mujeres (IRD)	2,3	3,6	↓ 5%	ESCAV
47	Insuficiencia renal severa asociada a diabetes por millón personas (PMP), hombres	19	26,6	↓ 10%	Osakidetza. UNIPAR
47bis	Insuficiencia renal severa asociada a diabetes por millón personas (PMP), mujeres	6	5,9	↓ 10%	Osakidetza. UNIPAR
48	Tasa amputaciones secundarias a diabetes (por 1000), hombres	5,7 ³¹	5,0 ⁶	↓ 15%	Dpto. Salud CMBD
48bis	Tasa amputaciones secundaria a diabetes (por 1000), mujeres	1,1	1,5	↓ 15%	Dpto. Salud CMBD
49	Mortalidad prematura (25-74 años) por diabetes mellitus ³² (tasa /100.000), hombres	7,6	8,1	↓ 10%	Registro de Mortalidad
49bis	Mortalidad prematura (25-74 años) por diabetes mellitus (tasa /100.000), mujeres	2,5	2,2	↓ 10%	Registro de Mortalidad
50	Personas con sobrepeso, hombres (%)	43	40,1 ⁷	↓ 10%	ESCAV
50bis	Personas con sobrepeso, mujeres (%)	28,2	27,4	↓ 10%	ESCAV
51	Personas con obesidad, hombres (%)	13,9	13,7 ⁷	↓ 10%	ESCAV
51bis	Personas con obesidad, mujeres (%)	12,6	11,4	↓ 10%	ESCAV
52	Diferencias sociales en la prevalencia de obesidad, hombres (IRD)	1,6	1,7 ⁷	↓ 10%	ESCAV
52bis	Diferencias sociales en la prevalencia de obesidad, mujeres (IRD)	2,8	3,1	↓ 15%	ESCAV
53	Reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC, hombres (%)	20,1	17,0	↓ 15%	Osakidetza
53bis	Reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC, mujeres (%)	17,2	12,8	↓ 15%	Osakidetza

³¹ Cambiado indicador de partida en la evaluación 2017 por modificación de la metodología de cálculo del indicador.

³² Incluye toda la mortalidad por diabetes mellitus (CIE10:E10-E14).

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
54	Pacientes EPOC con programa de rehabilitación. Hombres %	--	7,8	>75%	Osakidetza
54bis	Pacientes EPOC con programa de rehabilitación. Mujeres %	--	7,3	>75%	Osakidetza
55	Mortalidad por enfermedades mentales (por 100.000), hombres	21,1	22,4	↓ 10%	Registro de Mortalidad
55bis	Mortalidad por enfermedades mentales (por 100.000), mujeres	18,8	23,9	↓ 10%	Registro de Mortalidad
56	Diferencias sociales en prevalencia de ideas suicidas por sexo hombres (Grupo I: 3,9 Grupo V :6,0) (%)	2,1	2,2 ⁷	↓ 5%	ESCAV
56bis	Diferencias sociales en prevalencia de ideas suicidas por sexo mujeres (Grupo I: 2,7 Grupo V :7,3) (%)	4,6	1,6	↓ 10%	ESCAV
57	Mortalidad por suicidio (por 100.000. Hombres)	9,5	10,0	↓ 10%	Registro de Mortalidad
57bis	Mortalidad por suicidio (por 100.000). Mujeres	3,4	2,9	↓ 5%	Registro de Mortalidad
58	Consumo de ansiolíticos DHD ³³	54	90,9	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia
58a	Consumo de ansiolíticos DHD, hombres	55,4 ³⁴	62,8	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia
58b	Consumo de ansiolíticos DHD, mujeres	106,2	115,2	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia

³³ DHD: dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día. La DDD es una unidad técnica de medida y corresponde a la dosis de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos.

³⁴ Se incorpora en 2014 la desagregación por sexo.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
58bis	Consumo de antidepresivos DHD	61	63,5	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia
58bis a	Consumo de antidepresivos DHD, hombres	29,3 ³⁴	36,9	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia
58bis b	Consumo de antidepresivos DHD, mujeres	73,6	87,3	Frenar tendencia ascendente	Dpto de Salud. Dirección de Farmacia
59	Nº nuevas infecciones por VIH, hombres	132	84	↓ 10%	Plan de sida e ITS
59bis	Nº nuevas infecciones por VIH, mujeres	29	21	↓ 10%	Plan de sida e ITS
60	Tasa de diagnóstico tardío de infecciones por VIH, hombres (%)	43,0	48,8	↓ 30%	Plan de sida e ITS
60bis	Tasa de diagnóstico tardío de infecciones por VIH, mujeres (%)	59,0	66,7	↓ 30%	Plan de sida e ITS
61	Casos de sífilis declarados, hombres	147	194	↓ 30%	Dpto. de salud - SIMCAPV
61bis	Casos de sífilis declarados, mujeres	41	27	↓ 30%	Dpto. de salud - SIMCAPV
62	Casos de gonococia declarados, hombres	159	323	↓ 30%	Dpto. de salud - SIMCAPV
62bis	Casos de gonococia declarados, mujeres	32	99	↓ 30%	Dpto. de salud - SIMCAPV
63	Pacientes en diálisis renal por millón de personas (PMP) ³⁵ , hombres	78,4 ³⁶	86,4	↓ 5%	Osakidetza-UNIPAR
63bis	Pacientes en diálisis renal por millón de personas (PMP), mujeres	34,4	35,1	↓ 5%	Osakidetza-UNIPAR
64	Crear el registro de enfermedades raras	--	Creado	2014	Dpto. de Salud-Registro de Enfermedades raras

³⁵ Incidencia de pacientes en tratamiento renal sustitutivo por millón de personas.

³⁶ Se desagrega el indicador de referencia por sexo.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
65	Población residente en ciudades con programa "Ciudades amigables con las personas mayores"	37	69,5	>75%	Eudel Dpto. de Salud Eustat
66	Personas mayores de 64 años sedentarias, hombres (%)	28	21 ⁷	↓ 10%	ESCAV
66bis	Personas mayores de 64 años sedentarias, mujeres (%)	44	38	↓ 15%	ESCAV
67	Porcentaje de hombres mayores de 60 años asociados	10,0	36,8 ⁶	↑ 15%	Eustat. Encuesta de condiciones de vida 2019
67bis	Porcentaje de mujeres mayores de 60 años asociadas	14,0	28,8	↑ 15%	Eustat. Encuesta de condiciones de vida 2019
68	Pacientes dependientes y frágiles con valoración sociosanitaria integral, hombres (%)	3,5	-- ¹⁴	<50	Área sociosanitaria
68 bis	Pacientes dependientes y frágiles con valoración sociosanitaria integral, mujeres (%)	2,7	-- ¹⁴	>50	Área sociosanitaria
69	Acceso a historia clínica para todo el ámbito socio sanitario (%)	--	98,5 ⁶	100%	Osakidetza
70	% centros de salud con equipos de atención sociosanitaria integrada	0	-- ¹⁴	>80	Osakidetza
71	Centros de salud con implementación del Plan de Atención al Mayor (%)	-	100,0	100%	Osakidetza
72	Establecimiento de la cartera de servicios tecnológicos para personas mayores	-	En proceso ⁶	en 2015	Departamento de Salud
73	Reingresos hospitalarios en menos de 1 mes de personas mayores de 75 años, hombres (%)	10,5	9,7	↓ 20%	Osakidetza
73bis	Reingresos hospitalarios en menos de 1 mes de personas mayores de 75 años, mujeres (%)	7,8	7,5	↓ 20%	Osakidetza

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
74	Bebés con bajo peso al nacer (%)	7,0	6,5	↓ 10%	Programa de cribado neonatal
75	Lactancia materna a los 6 meses, hombres (%)	26,0	68,9	>35%	Osakidetza
75bis	Lactancia materna a los 6 meses, mujeres (%)	26,0	68,9	>35%	Osakidetza
76	Cobertura del PADI (%)	66,0	62,7	>75%	PADI
77	Niño y niñas libres de caries a los 12 años (%CAOD=0)	74,0	76,0	80%	PADI
78	Organizaciones Sanitarias Integradas/Comarcas incluidas en el modelo de atención temprana	1	Todas	Todas	Osakidetza
79	Menores (6, 10 y 14 años) con sobrepeso, niños (%)	25,0 ³⁷	20,0 ⁶	↓ 10%	Osakidetza. OBIEE
79bis	Menores (6, 10 Y 14 años) con sobrepeso, niñas (%)	14,0	15,1	↓ 10%	Osakidetza. OBIEE
79-1	Menores (6, 10 y 14 años) con obesidad, niños (%)	4,3	4,6 ⁶	↓ 10%	Osakidetza. OBIEE
79-1bis	Menores (6, 10 y 14 años) con obesidad, niñas (%)	4,1	4,2	↓ 10%	Osakidetza. OBIEE
80	Contenido de sal en menús escolares (gramos/día)	--	4,2 ⁷	<1,75 ³⁸	Dpto. Salud
81	Contenido de grasas totales en menús escolares (% de kcal)	--	36,0 ⁷	<30	Dpto. Salud
81bis	Contenido de grasas saturadas en menús escolares (% de kcal)	--	7,0 ⁷	<10	Dpto. Salud
82	Prevalencia de jóvenes (14-24 años) que no realizan actividad física saludable, chicos (%) ³⁹	18,1	14,3 ⁷	↓ 20%	ESCAV

³⁷ Se modifica indicador de partida de Encuesta de nutrición de 2005 por no haber habido ninguna hasta la fecha, ni previsiblemente este año. Se toman datos de Osakidetza (OBIEE Informe).

³⁸ Se modifica el objetivo 2020 a 1,75 gr/día. Se estima que la comida del mediodía supone un 35% de la ingesta total diaria de 5gr/día, por lo que el objetivo a conseguir en menús escolares sería de 1,75 gr/día.

³⁹ Redacción y valor nuevo según la información recogida en la ESCAV18 y que actualiza el dato de partida de la ESCAV 2013.

N°	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
82bis	Prevalencia de jóvenes (14-24 años) que no realizan actividad física saludable, chicas (%)	26,7	17,3	↓ 20%	ESCAV
83	Mortalidad por accidentes de tráfico, chicos (15-29 años) (tasa/100.000)	6,7	6,5	↓ 20%	Registro de Mortalidad
83bis	Mortalidad por accidentes de tráfico, chicas (15-29 años) (tasa/100.000)	2,0	0,0	↓ 20%	Registro de Mortalidad
84	Mortalidad por suicidio (15-29 años), chicos (tasa/100.000)	7,1	4,0	↓ 20%	Registro de Mortalidad
84bis	Mortalidad por suicidio (15-29 años), chicas (tasa/100.000)	1,6	1,3	↓ 20%	Registro de Mortalidad
85	IVES en menores de 20 años (tasa x1000)	10,0	5,9	↓ 50%	Registro IVEs
86	Prevalencia de sedentarismo, hombres (%)	26,6	20,1 ⁷	↓ 10%	ESCAV
86bis	Prevalencia de sedentarismo, mujeres (%)	34,0	25,4	↓ 15%	ESCAV
87	Desigualdades sociales en sedentarismo según sexo y nivel social, hombres (IRD)	1,4	1,1 ⁷	↓ 10%	ESCAV
87bis	Desigualdades sociales en sedentarismo según sexo y nivel social, mujeres (IRD)	1,2	1,3	↓ 10%	ESCAV
88	Personas que consumen fruta a diario, hombres(%)	62,0	67,8 ⁷	↑ 20%	ESCAV
88bis	Personas que consumen fruta a diario, mujeres(%)	69,2	75,1	↑ 20%	ESCAV
89	Personas que consumen verdura a diario, hombres(%)	21,7	27,1 ⁷	↑ 20%	ESCAV
89bis	Personas que consumen verdura a diario, mujeres(%)	32,1	37,0	↑ 20%	ESCAV

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
90	Contenido de grasas totales en menús colectivos (% de kcal)	--	-- ¹⁴	<30	Dpto. Salud
90bis	Contenido de grasas saturadas en menús colectivos (% de kcal)	--	-- ¹⁴	<10	Dpto. Salud
91	Contenido de sal en menús colectivos (gramos/día)	9,8	-- ¹⁴	<5	Dpto. Salud
92	Mujeres con aporte adecuado de ácido fólico pre y perigestacional (%)	50	-- ¹⁴	>70	Osakidetza
93	Población con proceso asistencial integrado embarazo-parto-puerperio (%)	--	-- ¹⁴	100	Osakidetza
94	Episiotomía en parto eutócico (%)	38,0 ⁴⁰	27,2 ⁶	<15%	Osakidetza
95	Interrupción voluntaria del embarazo (IVEs) tasa x 1.000, mujeres en edad fértil	9,9	9,3	↓ 50%	Registro IVEs
96	Diferencias sociales en tabaquismo (15-44 años), hombres (IRD)	2,0	1,9 ⁷	↓ 20%	ESCAV
96bis	Diferencias sociales en tabaquismo (15-44 años), mujeres (IRD)	2,4	1,8	↓ 20%	ESCAV
97	Personas expuestas al humo de tabaco ajeno, hombres(%)	17,1	14,3 ⁷	↓ 50%	ESCAV
97bis	Personas expuestas al humo de tabaco ajeno, mujeres(%)	15,6	12,8	↓ 50%	ESCAV
98	Consejo sanitario sobre tabaquismo en Atención Primaria %	33,7	28,4 ⁶	>60%	Osakidetza
99	Hombres fumadores en tratamiento del tabaquismo (%)	1,9	0,7 ⁶	↑ 15%	Osakidetza
99bis	Mujeres fumadoras en tratamiento del tabaquismo (%)	2,5	1,1	↑ 15%	Osakidetza

⁴⁰ Se modifica el indicador de partida con nueva Fuente: Registro de Partos y Rn (Aplicación de bebés de eOsabide).

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
100	Edad de inicio en el consumo de alcohol, hombres	15,8	16,2 ⁷	↑ 18	Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017
100bis	Edad de inicio en el consumo de alcohol, mujeres	17,3	17,5	↑ 18	Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017
101	Prevalencia (%) de población joven (15 a 24 años) con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, hombres ⁴¹	17,3	11,9 ⁷	↓ 30%	ESCAV
101 bis	Prevalencia (%) de población joven (15 a 24 años) con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, mujeres	17,9	12,4	↓ 30%	ESCAV
102	Consumo excesivo o de riesgo de alcohol en fines de semana en jóvenes, hombres (15-34 años) (%)	29,2 ⁴²	21,9 ⁷	↓ 20%	Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017
102 bis	Consumo excesivo o de riesgo de alcohol en fines de semana en jóvenes, mujeres (15-34 años) (%)	15,9	13,0	↓ 20%	Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017
103	Prevalencia (%) de población con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, hombres ⁴¹	25,1	16,8 ⁷	↓ 10%	ESCAV
103bis	Prevalencia (%) de población con alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol, mujeres	14,7	11,1	↓ 10%	ESCAV
104	Consumo diario de cannabis en jóvenes, hombres (15-34 años) (%)	2,5	6,1 ⁷	↓ 10%	Encuesta sobre Adicciones Euskadi 2017
104bis	Consumo diario de cannabis en jóvenes, mujeres (15-34 años) (%)	0,9	1,4	↓ 10%	Encuesta Adicciones Euskadi 2017

⁴¹ Redacción nueva para adecuarla a la información recogida en la ESCAV.

⁴² Dato de la situación de partida modificado por ser erróneo el publicado en el Plan de Salud.

Nº	INDICADOR	SITUACIÓN DE PARTIDA	ACTUALIZACIÓN 2019	OBJETIVO 2020	FUENTE
105	Prevalencia de buena salud mental según nivel social y género (MHI-5. Hombres (Grupo I : 76,1 Grupo V; 70,1) (%)	6,0	2,9 ⁷	↓ 50%	ESCAV
105bis	Prevalencia buena salud mental según nivel social y género (MHI-5). Mujeres (Grupo I: 69,3 Grupo V: 66,1) (%)	3,2	4,8	↓ 30%	ESCAV
106	Población de la CAPV residente en zonas con calidad de aire PM10 ⁴³ < 20 µg/m3 en el aire (%)	59,0	99,0	↓ 75%	Dpto. Salud
107	Población que recibe agua de consumo con subproductos de su tratamiento <50 µg/l	47,0	50,8	>95%	Dpto. Salud EKUIS
108	Tasa de incidencia de enfermedad profesional, hombres (tasa/1.000)	4,2	1,97	↓ 10%	OSALAN
108bis	Tasa de incidencia de enfermedad profesional, mujeres (tasa/1.000)	1,5	1,16	↓ 10%	OSALAN
109	Tasa de incidencia de accidentes de trabajo mortales, hombres (tasa/100.000)	8,7	5,8	↓ 10%	OSALAN
109bis	Tasa de incidencia de accidentes de trabajo mortales, mujeres (tasa/100.000)	0,9	0,2	↓ 10%	OSALAN
110	Empresas tuteladas por servicios de prevención de riesgos laborales (%)	54,3	65,0 ⁶	>95%	OSALAN

⁴³ PM10: partículas en suspensión en el aire de tamaño menor que 10 micras. 20µg/m3: nivel guía de la OMS.

