

# Osasuna

**ehbildu**

■ Construyendo salud  
con la ciudadanía  
y profesionales









# Índice

|                                                                  |               |
|------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>I BLOQUE: NUESTRA MIRADA .....</b>                            | <b>7</b>      |
| 1. Introducción.....                                             | 9             |
| 2. En el centro de nuestras políticas: la ciudadanía.....        | 11            |
| 3. Buen gobierno.....                                            | 12            |
| 4. Objetivo .....                                                | 13            |
| 5. Valores .....                                                 | 14            |
| <br><b>II BLOQUE: CONSTRUYENDO SALUD.....</b>                    | <br><b>17</b> |
| 1. Organización del Departamento de Salud.....                   | 19            |
| 2. Estructura del Sistema Público de Salud .....                 | 21            |
| 3. Construyendo salud desde los barrios (Salud comunitaria)..... | 22            |
| 4. Atención primaria .....                                       | 25            |
| 5. Salud mental .....                                            | 28            |
| 6. Salud Colectiva / Salud Pública y adicciones.....             | 31            |
| 7. Hospitales.....                                               | 34            |
| <br><b>III BLOQUE: BASES DEL SISTEMA DE SALUD.....</b>           | <br><b>37</b> |
| 1. Gobernanza.....                                               | 39            |
| 2. Cartera de servicios .....                                    | 42            |
| 3. Calidad de los procesos asistenciales .....                   | 45            |
| 4. Valor y resultados en salud .....                             | 47            |
| 5. Investigación .....                                           | 50            |
| 6. Digitalización.....                                           | 53            |
| 7. Infraestructuras .....                                        | 57            |
| 8. Farmacia.....                                                 | 59            |
| <br><b>IV BLOQUE: EJES DEL SISTEMA SANITARIO .....</b>           | <br><b>61</b> |
| 1. Formación .....                                               | 63            |
| 2. Política de personal .....                                    | 67            |
| 3. Política lingüística.....                                     | 70            |
| 4. Relación público-privada .....                                | 73            |
| <br><b>V BLOQUE: LÍNEAS ESPECÍFICAS.....</b>                     | <br><b>75</b> |
| 1. Cuidados paliativos y final de la vida .....                  | 79            |
| 2. Oncología .....                                               | 82            |
| 3. Enfermedades neurodegenerativas.....                          | 85            |

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 4. Enfermedades raras .....                               | 87 |
| 5. Enfermedades cardiovasculares.....                     | 89 |
| 6. Cuidado de las personas con enfermedades crónicas..... | 92 |
| 7. Sociosanitario .....                                   | 96 |

## **VI BLOQUE: URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS ..... 99**

|                     |     |
|---------------------|-----|
| 1. Emergencias..... | 101 |
|---------------------|-----|

## **VII BLOQUE: BIBLIOGRAFÍA.....107**

## I BLOQUE

# Nuestra mirada

1. Introducción
2. En el centro de nuestras políticas: La ciudadanía
3. Buen gobierno
4. Objetivo
5. Valores



# 1. Introducción

La salud y la enfermedad son conceptos cambiantes. Son conceptos dinámicos, condicionados por el entorno y los cambios sociales.

Existen diferentes modelos para describir la salud y en la actualidad, predominan dos, uno, el biomédico, que se conoce como reduccionista; y otro, el biopsicosocial u holístico.

El modelo biomédico es un modelo basado en la enfermedad. Establece el concepto salud entorno individuo y no en el colectivo, y fundamenta a su vez, el origen de la enfermedad en causas biológicas, descartando condicionantes sociales, económicos y medioambientales. Este modelo ha dado un gran impulso a la investigación, contribuyendo en la mejora de los diagnósticos y los tratamientos. Sin embargo y junto con las políticas neoliberales, y los avances habidos en el conocimiento científico, promueven la industrialización del sector, y la medicalización y mercantilización de la salud.

El segundo modelo, el biopsicosocial u holístico, se basa en la salud. Este modelo considera el aspecto biológico, psicológico, cognitivo, social y ambiental de la persona. Está basado en la alostasis, entendiendo la salud como adaptación y equilibrio. Eso demanda a veces curar las enfermedades, pero, en otras muchas ocasiones, demanda también equilibrar las capacidades y las exigencias, fijándose en las variables no biológicas, como, por ejemplo, en las relaciones o en las variables psicológicas, e individualizando, por lo tanto, los abordajes terapéuticos.

En el siglo XXI, por otra parte, la Organización Mundial de la Salud promueve una nueva estrategia, Una Sola Salud, la denominada “One Health”, cuyo planteamiento desarrolla la evidencia de que la salud de las personas, los animales y el planeta interactúan y son interdependientes.

Por lo tanto, nos corresponde repensar y adaptar el modelo de salud de Euskal Herria desde la perspectiva del cambio global y la sostenibilidad ecológica.

Porque la salud no se trata simplemente de un tema de atención sanitaria, sino del resultado de las condiciones de vida. Por eso, las políticas sanitarias se deben incluir en todos los sectores, y el modelo de salud de Euskadi debe tener capacidad de previsión ante las nuevas amenazas medioambientales y sociales, tomando como eje la sostenibilidad, el cuidado y la promoción de los entornos que garantizarán condiciones de vida dignas, partiendo siempre desde una perspectiva de igualdad y equidad. Para eso, más allá del cambio climático, se tenga en cuenta también el contexto del cambio global: cambio del uso del suelo y transformación del paisaje, pérdida de la biodiversidad, globalización y movilidad, contaminación y calidad medioambiental, cambios del sistema de alimentación global, intensificación de la relación entre animales y seres humanos, etc.

La salud no se construye únicamente mediante los servicios; la comunidad tiene también la capacidad de generar salud. Fomentar la conciencia, el saber y la participación en torno a la salud resultará, por lo tanto, imprescindible, sobre todo mediante redes ciudadanas, programas educativos e iniciativas que integren a los barrios. Así, se reforzará una perspectiva comunitaria y participativa en el marco del concepto

de Unas Sola Salud. El empoderamiento de la ciudadanía y el enfoque comunitario constituirán una tarea fundamental desde la perspectiva de Una Sola Salud para defender la salud, y construir de manera colectiva las vías para la transformación social y ecológica. Se debe incluir la perspectiva de la salud en todas las políticas, tanto a la hora de planificar y construir Osakidetza, los barrios, las viviendas, los bidegorris, los parques y los polígonos industriales, como a la hora de planificar nuestro propio municipio.

Teniendo todo ello en cuenta, quisiéramos incorporar una nueva mirada, un nuevo ámbito para entender la salud y la enfermedad. Un ámbito que tenga en cuenta el aspecto biomédico pero que sitúe a la persona en su integridad y en su entorno, poniendo el foco de atención en los determinantes socioeconómicos. Capaz de individualizar la atención en la nueva práctica clínica mediante procesos asistenciales interpretativos y colaborativos, entendiendo el fundamento de la complejidad. De modo que aun en las situaciones que no tienen solución desde el punto de vista sanitario, garantice una vida lo mejor posible a las personas mientras vivan. Por eso, entre otras cosas, situar el cuidado en el centro es determinante, también en el caso de la salud, y resulta imprescindible focalizar los cuidados sanitarios.

Queremos un sistema que genere salud junto con la ciudadanía, mediante su empoderamiento, construyendo entornos saludables y teniendo como objetivo el bienestar de todas las personas, para actuar con políticas eficaces en el ámbito de la salud. Porque tenemos que recordar que la salud no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino el conjunto del bienestar físico, psíquico y social.

Con todo, es fundamental construir un Sistema Público de Salud fuerte, que trabaje más allá de la asistencia sanitaria y que, al mismo tiempo, garantice una buena asistencia. Con una Osakidetza fuerte, pero guiada por una Salud Pública que esté a su mismo nivel, que cuente con los medios para que pueda desarrollar adecuadamente todas sus funciones y competencias para, de ese modo, construir una Salud Colectiva de carácter social.

Entendemos la salud, como la manera autónoma, solidaria y gozosa de vivir; algo más que continuar vivo, algo más que no enfermar; salud es la capacidad de desarrollar un proyecto personal y social, tener la capacidad de ser solidarias con las personas que tenemos alrededor, de quererlas, de no abandonarlas. Es la capacidad de la persona de cuidar a los demás y de cuidarse a sí misma. *(ref.bibliog)*

## **2. En el centro de nuestras políticas: la ciudadanía**

Nos centramos en las y los usuarios del Sistema Público de Salud. Para conseguirlo, también cuidaremos al personal del Sistema Público de Salud. Incluso teniendo los mejores edificios del mundo, y la mejor tecnología del mundo, son personas las que atienden a las personas.

## 3. Buen gobierno

La buena gobernanza en salud es aquella que asume la salud como derecho humano y como una cuestión de justicia social. Se trata de un modelo de gobierno que trasciende el papel de las instituciones y trabaja de manera conjunta y coordinada entre diferentes agentes (instituciones, ciudadanía y agentes sociales y económicos) para desarrollar políticas coherentes que incidan sobre la mejora de los determinantes sociales de la salud y se orienten a reducir las desigualdades en salud. Por esta razón, otros principios que integra la buena gobernanza por la salud son la participación social, así como la transparencia, trazabilidad y rendición de cuentas de las actuaciones procedentes de los gobiernos (*ref. Bibli*).

## 4. Objetivo

El Departamento de Salud tiene como misión crear, cuidar y promover la salud individual y colectiva. Situando a la ciudadanía en el centro y adaptando el sistema para planificar y garantizar las necesidades de cuidados de cada persona.

## 5. Valores

Los principios y valores son conceptos íntimamente relacionados. Los principios son las normas que rigen nuestras decisiones y acciones. Los valores son las creencias y convicciones que son importantes en nuestra vida, incluidas las normas que rigen nuestras decisiones y acciones. Por ello, en lugar de limitarnos a los principios, consideramos más adecuado definir el ámbito de los valores que deben ser tenidos en cuenta en las decisiones y actuaciones del Sistema Público de Salud.

Las actuaciones, prestaciones y servicios del Departamento de Salud y del Sistema Público de Salud se basarán en los siguientes valores:

- A. **Universalidad**, como derecho individual y social que los poderes públicos deben garantizar a toda la ciudadanía.
- B. **Equidad**, desarrollar políticas e intervenciones de salud pública que minimicen las desigualdades de salud entre personas o colectivos. Abordando eficazmente los determinantes de la salud y, especialmente, atendiendo a los colectivos más vulnerables.
- C. **Autonomía**, derecho de la ciudadanía a tomar decisiones informadas sobre su salud y cuidado.
- D. **Accesibilidad**, garantizar el acceso al sistema público de salud independientemente de las características de la ciudadanía (lengua, cultura, nivel socio-económico, funcionalidad) y del lugar de residencia.
- E. **Solidaridad**, como compromiso colectivo de la sociedad para garantizar el máximo nivel de salud y bienestar a toda la ciudadanía.
- F. **Justicia**, garantizar la ausencia de desigualdades evitables, injustas o reparables entre grupos de personas, por su situación social, económica, demográfica o geográfica.
- G. **Responsabilidad pública** como garantía y protección de los derechos individuales.
- H. **Integridad**, la concepción integral, integrada e interseccional de prestaciones y servicios.
- I. **Transparencia**, evaluación de todas las intervenciones, transparencia, trazabilidad y rendición de cuentas.
- J. **Participación**, participación ciudadana en la formulación y gestión de políticas y acciones. En Cooperación y con corresponsabilidad.
- K. **Trabajo en equipo**, trabajar conjuntamente en diferentes ámbitos y niveles.
- L. **Innovación**, Construcción de una organización con capacidad de aprendizaje y disposición de evolución junto con la sociedad.
- M. **Prudencia**, utilización de la sabiduría en la toma de decisiones. Partiendo de la experiencia, recogiendo la información necesaria sobre la situación y evitando riesgos innecesarios.

- N. **Seguridad**, las actividades y los servicios se llevarán a cabo una vez comprobada su seguridad clínica y se basarán en conocimientos científicos fiables, actualizados, rigurosos y de calidad.
- O. **Calidad**, valor que implica aumento de la capacidad a través de la formación.
- P. **Sostenibilidad**, asegurando la eficiencia de los recursos para garantizar un sistema sanitario público viable a medio y largo plazo.



## II BLOQUE

# Construyendo salud

1. Organización del Departamento de Salud
2. Estructura del Sistema Público de Salud
3. Construyendo salud desde los barrios (salud comunitaria)
4. Atención primaria
5. Salud mental
6. Salud colectiva (Salud Pública)
7. Hospitales



# 1. Organización del Departamento de Salud

## Organigrama del Departamento de Salud

### *Viceconsejerías*

#### *Viceconsejería de planificación, formación y digitalización*

- Planificación, organización y evaluación
- Investigación e innovación
- Dirección de Digitalización de la Salud
- Escuela de Salud Pública y Administración Sanitaria

#### *Viceconsejería de Administración y financiación sanitaria*

- Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales
- Aseguramiento y Contratación Sanitaria
- Farmacia

## Organigrama de Osakidetza

### *Dirección General de Osakidetza: Dirección Colegiada*

1. Política de personal
2. Financiero y Jurídico
3. Protección de los derechos de salud de la ciudadanía
  1. Política de personal: Provisión, formación, gestión
    - 1.1. Coordinación de las OSIs
    - 1.2. Atención Primaria
    - 1.3. Emergencias
    - 1.4. Salud Mental
    - 1.5. Sociosanitario
  2. Financiación y Jurídico
    - El Sistema Informático y el asesoramiento jurídico se pondrá al servicio de estos ámbitos y no al contrario
  3. Protección de los derechos de salud de la ciudadanía

- 3.1. Organización por procesos de las diferentes patologías
- 3.2. Participación
- 3.3. Quejas y sugerencias: SAPU
- 3.4. Listas de espera
- 3.5. disCAPACIDADES
- 3.6. Paridad
- 3.7. Derechos lingüísticos

## Organigrama del Instituto vasco de Salud Pública

### *Dirección General del Instituto: Dirección Colegiada*

- 1. Una Sola Salud
  - 2. Promoción, prevención y Observatorio de la Salud
  - 3. Política de personal y finanzas
  - 4. Salud Laboral
- 
- 1. Una Sola Salud
    - 1.1. Vigilancia epidemiológica y coordinación de emergencias
    - 1.2. Salud Ambiental
    - 1.3. Salud Alimentaria
    - 1.4. Laboratorio
  - 2. Promoción, prevención y Observatorio de la Salud
    - 1.1. Observatorio de la Salud
    - 1.2. Observatorio de la muerte digna
    - 1.3. Programas de Cribado
    - 1.4. Promoción de la Salud y Salud Comunitaria

## 2. Estructura del Sistema Público de Salud

Reorganizaremos el funcionamiento de la OSI para evitar el hospitalcentrismo, para construir la salud con la participación de la ciudadanía y para fomentar la cultura del trabajo en grupo entre las y los profesionales sanitarios. Para ello, descartaremos y transformaremos la gestión gerencialista de los servicios del Sistema de Salud Pública, gestión que fue establecida y consolidada durante años por el Real Decreto 521/1987 del referido año, desarrollando una cultura de trabajo en grupo y de gestión de abajo arriba, para situar de manera real a la ciudadanía en el centro.

Nuestro Sistema de Salud Pública contará con 4 pilares:

1. Atención Primaria
2. Salud Pública, a la que denominaremos Salud Colectiva.
3. Salud Mental
4. Hospitales

Planteamos que la Atención Primaria, la Salud Colectiva, la Salud Mental y los Hospitales se integren en cada OSI con la función, la autonomía y el presupuesto que le corresponda a cada una de esas secciones, formando una dirección colegiada en la OSI, con una representación propia particular para cada sección. En dicha dirección, se tomarán en igualdad las decisiones correspondientes a la OSI.

Las áreas de trabajo para construir la salud, su base, la constituirán los barrios, las localidades, trabajando en forma ascendente de abajo arriba, y se buscará la paridad entre todos los agentes que participan en la atención sanitaria, pasando de las responsabilidades políticas y gestoras a las clínicas, de los jefes y jefas de servicio a los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, de los niveles asistenciales a las redes, a las y los pacientes, etc. Eso nos exigirá a todas y todos nosotros un cambio de mentalidad y voluntad para cambiar la mirada que posibilite la construcción de la salud, teniendo como objeto la responsabilidad compartida y colaborativa.

### 3. Construyendo salud desde los barrios (Salud comunitaria)

Trabajaremos construyendo salud desde los barrios, desde los municipios, con los medios disponibles tanto a nivel local como a nivel de OSI. En este ámbito, que denominaremos primer nivel, los recursos que dispondremos serán los siguientes: consultorios o centros de salud, servicios de orientación, recursos de primer nivel de salud mental, equipos interdisciplinarios de salud colectiva, servicios municipales, agentes locales.

En los pueblos, los servicios municipales de orientación, desarrollarán la función de facilitadores, acompañando a las personas, hasta empoderar a la ciudadanía. La función de estos servicios de orientación municipal no será la de elaborar una receta deportiva. No se limitarán a asesorar sobre el deporte, sino que orientarán a las personas hacia los diferentes recursos sanitarios activos que se encuentren a nivel local, teniendo en cuenta las necesidades de cada persona.

A través de estos procesos se irán articulando redes y desarrollando la acción comunitaria. La derivación hacia los servicios de orientación no será exclusiva del médico u otro trabajador sanitario; participarán en la derivación todas aquellas personas que trabajen en el ámbito comunitario y/o municipal.

Dado que no todos los pueblos contarán con un servicio de orientación (en función de la población y de los recursos), los equipos interdisciplinarios que vamos a tener a nivel de OSI también pueden ayudar a cumplir esta función.

Estos equipos interdisciplinarios de las OSIs estarán compuestas por profesionales de los siguientes perfiles: fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapia ocupacional, nutricionistas, CAFyD, de psicología y enfermería comunitaria.

Dichos equipos colaborarán en el desarrollo comunitario a nivel de OSI, bajo la dirección de la enfermera comunitaria y en colaboración con los servicios de orientación. Los equipos interdisciplinarios también diseñarán y desarrollarán, a nivel municipal y comarcal, estrategias y/o planes de salud, teniendo en cuenta las peculiaridades del entorno y de la población, tal y como recoge el artículo 30 de la Ley 13/2023 de Salud Pública.

El trabajo comunitario se desarrollará en tres niveles, siguiendo la estrategia de orientación comunitaria definida por Rafa Coifíño (*ref. Bibli*).

#### 3.1 Primer nivel: Nivel individual y familiar: “pasar consulta mirando a la calle”

3.1.1 Adaptar las aplicaciones informáticas para recoger y analizar datos a fin de desarrollar historiales clínicos que tengan en cuenta el contexto (condicionantes socioeconómicos, códigos Z, perspectiva de igualdad de género y equidad, condición laboral, hipervínculo a mapas de recursos y activos comunitarios...), adaptando a su vez el historial clínico que ya tenemos disponible.

- 3.1.2 Formar para el modelo biopsicosocial a los profesionales que trabajan en la salud comunitaria (conocer el impacto que tienen en la salud los determinantes sociales, el modelo del cuidado y la interlocución clínica integral, comprender la importancia del uso de los activos y los recursos...).
- 3.1.3 Desarrollar herramientas de prevención y promoción para promocionar la equidad entre las y los profesionales y para ayudar a personas que estén o puedan estar en situación de exclusión.
- 3.1.4 Fomentar formaciones integrales para que las y los profesionales que trabajen en la salud comunitaria identifiquen señales de violencia de género.

### **3.2 Segundo nivel: Educación grupal, trabajando en las causas de las causas**

- 3.2.1 En educación grupal, crear un almacén digital actualizado de acciones de prevención y promoción, relacionándolo con las diversas acciones, recursos y activos existentes a nivel local.
- 3.2.2 Orientar todas las acciones de educación grupal, prevención y promoción puestas en marcha por los profesionales que ejercen en la salud comunitaria hacia aprendizajes relevantes y empoderantes, además de fomentar la autonomía individual de las personas, mejorando la cohesión grupal y la facultad de colectivización.
- 3.2.3 Orientar los programas puestos en marcha hacia los determinantes locales de la salud, adaptando las acciones a los diferentes contextos.
- 3.2.4 Facilitar la autonomía y la capacidad necesarias para trabajar fuera del centro de salud, utilizando los recursos y activos disponibles en los barrios y creando una línea de colaboración con ellos.
- 3.2.5 Establecer la conexión entre las acciones grupales y las acciones que transforman los contextos (promoción de la salud para la acción comunitaria). Por ejemplo, la conexión entre un programa sobre caídas elaborado con las personas mayores y el mapeo de los puntos de caída del barrio.
- 3.2.6 Basar en modelos educativos transformadores las formaciones que se realizan en este nivel, mediante metodologías activas que combinen la pedagogía y la salud.

### **3.3 Tercer nivel: Nivel colectivo. Acción comunitaria para ganar salud. “El centro de salud no es el único centro de la salud”**

- 3.3.1 Se fomentarán espacios para trabajar con una perspectiva de intersectorialidad en la salud comunitaria, trabajando con diferentes agentes locales, y creando políticas y estrategias de todas las áreas que consideren la salud de manera integral.
- 3.3.2 Se desarrollarán proyectos que sigan el ciclo para la acción comunitaria (conocimiento mutuo, hacer grupo y red, analizar, examinar y priorizar la comunidad, preparar la manera de realizar el abordaje, abordar, evaluar, recomenzar), teniendo en cuenta para ello las herramientas y técnicas disponibles.
- 3.3.3 Incorporarlos a procesos comunitarios y espacios de colectivización que tengan impacto en la salud y que ya estén en marcha. En la mayoría de las localidades y barrios existen diversos procesos formales e informales. Se participará en ellos sin transformar completamente los procesos y considerando diferentes fuentes de conocimiento.

- 3.3.4 Se promocionarán modelos unificados para la realización de acciones decisorias junto con la ciudadanía en los proyectos de salud, y no solo en los proyectos y en el desarrollo de las acciones, sino también en las fases de diseño y evaluación.
- 3.3.5 Se pondrán en marcha acciones comunitarias y planes de prevención integrales que promuevan el cuidado, aborden problemas que vulneren los derechos humanos y eviten la exclusión. Por ejemplo, proyectos y planes comunitarios que aborden la violencia de género, las dependencias (drogas, juego, tecnologías...).
- 3.3.6 Las formaciones que se realicen en este nivel se basarán en metodologías participativas, en la investigación cualitativa, en la ética, en los valores...

El desarrollo de esta nueva estructura y de la acción comunitaria, requerirá que se abandonen las formas de trabajo estancas que se han venido desarrollando hasta ahora, que se transforme el modelo y se pase de una atención basada en la prestación de servicios a actuar de forma conjunta con la ciudadanía. Es decir, abrir vías de trabajo más allá de los grupos y mesas de trabajo existentes y crear una nueva organización a nivel municipal. Donde además de los cuidados, el euskera y el feminismo, la salud pasará a ser una línea transversal, incorporando la perspectiva de la salud en todas las políticas que se lleven a cabo en el ayuntamiento.

En este sentido, se transforma la actual estructura de atención socio-sanitaria con el objetivo de lograr la integración a nivel local. Y cuando no se puede garantizar el cuidado a nivel local en los barrios para las personas con necesidades de cuidados de larga duración, proponemos un cuidado adecuado para estas personas (ver Bloque V Líneas específicas: sociosanitario).

## 4. Atención primaria

Nuestra mirada se reafirma en las características y el carácter de la Atención Primaria, y la dotaremos de forma adecuada. Nuestros objetivos para la Atención Primaria irán enfocados a garantizar la longitudinalidad, integralidad, accesibilidad y la coordinación, asegurando una atención de calidad a la ciudadanía.

### 4.1 La Atención Primaria velará por el cuidado de la salud de la ciudadanía

- 4.1.1 Se implantarán las medidas de gestión y organización necesarias para garantizar el desarrollo del doble vínculo que se requiere para obtener los beneficios demostrados de la longitudinalidad.
- 4.1.2 Se definirá el grupo básico principal que garantizará la longitudinalidad; dicho grupo básico que se ocupará de la salud de la ciudadanía. Este grupo estará conformado por personal de medicina (médicos y médicas de familia y pediatras), personal de enfermería, las y los técnicos de cuidados complementarios de enfermería y personal de administración sanitaria.
- 4.1.3 Se definirá un grupo de soporte multidisciplinar que dará apoyo al equipo básico. Situaremos en este grupo al personal de trabajo social, fisioterapeuta, farmacéutica, ginecóloga y a las matronas. Cada cual cumplirá diferentes funciones en su ámbito, asistenciales en algunos casos, y sobre todo en promoción y prevención primaria.
- 4.1.4 Se construirá una Atención Primaria multidisciplinar para adecuarse a las necesidades de la sociedad en colaboración y coordinación con los equipos interdisciplinarios de las OSI del Instituto de Salud Pública de Euskadi, a fin de garantizar la equidad y realizar una promoción basada en determinantes sociales, con el fin de incorporar salud en todas las políticas. Desde lo local y comarcal.
- 4.1.5 Incorporar sistemáticamente el enfoque biopsicosocial en la atención a las personas, basado en los determinantes socioeconómicos y con perspectiva de género.
- 4.1.6 Priorizar la atención por personas a la atención por máquinas en general, y en las áreas de recepción y atención administrativa en particular. La ciudadanía dispondrá de teléfono directo en primera opción, las llamadas solo se desviarán a la centralita cuando se saturen.
- 4.1.7 Se garantizará una atención integral y coordinada al paciente de patología crónica mediante equipos interdisciplinarios e interinstitucionales, liderado por la Atención Primaria (ver desarrollo en el bloque de líneas específicas).

### 4.2 La Atención Primaria deberá tener capacidad de decisión y autonomía

- 4.2.1 La Atención Primaria contará con presupuesto propio dentro de las OSIs, que se recogerá de manera diferenciada en la ley de presupuestos, y con capacidad de gestionarlo.

- 4.2.2 Tendrá capacidad para organizar y gestionar su funcionamiento y agendas, sin intervenciones externas. Autogestión de agendas por Unidad de Atención Primaria.
- 4.2.3 El horario de los centros de salud será 8:00 a 18:00. Cada equipo se organizará de manera que garantice la longitudinalidad al paciente, teniendo en cuenta las necesidades de la población diana.
- 4.2.4 Tomando como referencia el PIB de la CAE, se acordará un cronograma para que se pueda comenzar a dar pasos con el objetivo de aumentar la inversión y el gasto en la Atención Primaria.

### **4.3 Se prestigiará y fortalecerá el personal y equipos de Atención Primaria**

- 4.3.1 Se modificará el modelo de contrato para atraer a profesionales sanitarios a la Atención Primaria, y mantenerlos y estabilizarlos en ella.
- 4.3.2 Se ofrecerán contratos de larga duración, incluyendo la formación en el contrato laboral y con horas para la investigación.
- 4.3.3 Se incrementará la plantilla de Atención Primaria. Unificaremos la plantilla estructural y la plantilla funcional, al objeto de contar con una plantilla única y transparente. Nos comprometemos a establecer un incremento de plantilla de al menos un 10 %.
- 4.3.4 Aumentaremos el número de personal de enfermería. Se designarán dos enfermeras por cada cupo. Para garantizar el cuidado de procesos agudos y crónicos, y para desarrollar el trabajo comunitario y la promoción de la salud.
- 4.3.5 Estudiar la implementación de incentivos al personal trabajador que se mantenga en el mismo cupo a lo largo del tiempo.
- 4.3.6 Se priorizará la formación de pediatras en la Atención Primaria.
- 4.3.7 Se establecerán ratios por vía reglamentaria, teniendo como referencia el equipo y guardando la proporcionalidad entre profesionales de diferente especialidad y categoría que componen los equipos.
- 4.3.8 Se comenzará a avanzar en la acreditación de unidades de formación de centros de salud de pequeñas localidades, de gran dispersión geográfica o de zonas rurales, para que tanto médicas como enfermeras que ejercen en dichos consultorios tengan la posibilidad de formar residentes. Así, para ayudar en el cambio generacional en dichos centros de salud.
- 4.3.9 Se valorará la posibilidad de introducir rotaciones en Atención Primaria de residentes de otras especialidades tanto médicas como quirúrgicas.
- 4.3.10 Eliminar el modelo de funcionamiento y los contratos laborales estructurales que se están implementando sin cupo de referencia en Atención Primaria.
- 4.3.11 Se acordará un calendario para finalizar con la autoconcertación. Se estudiarán las necesidades de la plantilla que precisamos en Atención Primaria, a fin de determinar el dimensionamiento correcto.

#### **4.4 Se revisarán y adaptarán los Puntos de Atención Continuada**

- 4.4.1 Las funciones de los PACs y sus horarios los desarrollaremos y acordaremos con las plataformas de las localidades, profesionales sanitarios y el personal trabajador del lugar. Asimismo, las y los profesionales de los PACs tendrán las mismas condiciones que las profesionales de otras áreas de trabajo. A su vez, identificaremos los puestos de trabajo que hasta ahora se han considerado como puestos de refuerzo.
- 4.4.2 Los PAC dependerán estructuralmente y funcionalmente de la Atención Primaria. El personal trabajador adscrito a los PACs será parte de los equipos de Atención Primaria, y tendrán también la posibilidad de hacer turnos y realizar sustituciones. Contaremos grupos fijos adscritos a los PACs. Pero también se les ofrecerá la posibilidad de realizar guardias y de garantizar entre todas el horario completo del PAC a las y los médicos y enfermeras de Atención Primaria.

#### **4.5 Se garantizará la coordinación y colaboración con hospitales e instituciones**

- 4.5.1 Fomentar y arraigar la coordinación y la colaboración a nivel municipal. Establecer líneas de trabajo con diferentes agentes de la localidad mediante las y los trabajadores sociales y junto con los servicios de orientación de los ayuntamientos.
- 4.5.2 Los servicios de orientación de los ayuntamientos se ubicarán en los espacios del municipio, que ayuden a la mejor articulación de la atención comunitaria, sea en centros de salud, centro cívico o ayuntamiento.
- 4.5.3 Se fortalecerá la relación con los centros educativos de la localidad y sus barrios, con los centros de salud mental, con los clubes deportivos, con las farmacias, con las asociaciones, con los colectivos, etc.
- 4.5.4 Integrar y articular en la iniciativa comunitaria las diferentes residencias y centros de día de la localidad.
- 4.5.5 Se revisará el modelo de las interconsultas.

#### **4.6 Se trabajará por una Atención Primaria eficiente**

- 4.6.1 Respetar los atributos y la esencia de la Atención Primaria, dotarla adecuadamente y no adoptar decisiones que empeoren la situación.
- 4.6.2 Se deben identificar las actividades que carecen de valor y tomar decisiones, con el objetivo de eliminar aquellas tareas y o prácticas que no aportan en los procesos asistenciales y del cuidado de la salud de la ciudadanía.
- 4.6.3 Estableceremos que la gestión de las bajas la realicen especialistas, sin obligar a que el o la paciente tenga que volver a su centro de Atención Primaria, cumpliendo así la instrucción 3/2019 de Osakidetza. En ese sentido, a fin de mejorar en el funcionamiento, y ahondar y mejorar a su vez en la instrucción 3/2019, se estudiarán y acordarán otras medidas con las y los profesionales de todas las categorías y niveles.

## 5. Salud mental

### 5.1 Transformar el abordaje de la salud mental

- 5.1.1 Formación, pedagogía, campañas de sensibilización tanto a las personas que toman decisiones como a la sociedad en general, para que las propuestas de cambio tengan éxito.
- 5.1.2 Trabajar desde una mirada holística para abordar el problema, teniendo en cuenta los determinantes sociales y la salud en todas las políticas.
- 5.1.3 Trabajar en equipos interdisciplinarios des-jerarquizando su estructura para el desarrollo de intervenciones biopsicosociales.
- 5.1.4 Priorizar las intervenciones grupales y de carácter psicoeducativo y terapéutico. Siempre que sea posible ofrecer espacios de trabajo grupal por el potencial de cambio que tiene el grupo.
- 5.1.5 Limitar el uso de fármacos, mediante control y seguimiento de comisiones con participación de pacientes, agentes del ámbito, representación legislativa.
- 5.1.6 Crear equipos especializadas para el abordaje del trastorno de la conducta en personas con discapacidad.

### 5.2 Garantizar una educación de calidad e impulsar la cultura de equipo

- 5.2.1 Trabajo en equipos multidisciplinares (la salud mental hay que entenderla desde un modelo ecológico que contempla variables individuales, grupales, organizacionales y sociales. Esto nos lleva a la necesidad de profesionales especializados/as en diferentes niveles de actuación). Además de psiquiatras y psicólogos/as clínicos/as, integrar o aumentar las plazas de otras profesiones: psicología (sanitaria y comunitaria), trabajo social, educación social, enfermería, etc. Este tipo de trabajo es muy interesante, pero puede conllevar dificultades, por eso será necesaria una buena coordinación, definición de funciones y formación conjunta para que no haya malos entendidos, sentimientos de intrusismo, mala praxis, etc.
- 5.2.2 Analizar las dificultades para concertar plazas de prácticas para grados y master. Estas dificultades son mayores en la universidad pública ya que no cuenta con los recursos económicos de las privadas. La realización de las prácticas es un condicionante para obtener diferentes titulaciones, lo que limita el número de profesionales en formación.

### 5.3 Reforzar la coordinación con educación, servicios sociales y comunitarios, para la atención precoz de la psicopatología emergente

- 5.3.1 Articular la coordinación regular entre el ámbito de la educación, salud mental, servicios prenatales y servicios sociales a través de una mesa interdisciplinar; responsable de una actuación precoz y racionalizada de los casos de emergente psicopatología.

- 5.3.2 Dotar a la enseñanza de un teléfono de referencia para poder consultar las dudas manteniendo el anonimato de la menor afectada; para que así, si los profesionales determinan la credibilidad, veracidad y gravedad del problema, se pueda pasar a la identificación de la menor para dar una respuesta al problema. Por ello es importante impulsar una mesa de coordinación que haga un seguimiento y monitorización de la psicopatología social.
- 5.3.3 Mejorar la coordinación con los juzgados y dotar de autoridad ética a la comisión que se reúna de urgencia para tomar decisiones en situaciones críticas, como brotes psicóticos, dependencia a drogas con comportamientos sociopáticos etc... cuando la familia ha renunciado, por impotencia o abandono, a la ayuda y tutela del afectado.

#### **5.4 Humanización de los procesos de atención y de servicios**

- 5.4.1 Eliminar sujeciones y contenciones mecánicas o farmacológicas en unidades psiquiátricas, de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.
- 5.4.2 Solo se podrán emplear en instalaciones adecuadas para prevenir daños inminentes a sí mismos o a terceras personas, y parte del principio de mínima restricción, siempre en proporción con el riesgo y solo bajo supervisión médica.
- 5.4.3 En centros penitenciarios para garantizar la calidad en la atención y cuidado de la salud de personas reclusas priorizar la autoridad sanitaria a la autoridad penitenciaria. Para ello, modificando los protocolos, el sistema de instancias; y unificando el equipo de la atención primaria y salud mental en un único equipo de salud.
- 5.4.4 Revisar los tiempos y plazos de entrada a los recursos prescritos por los centros de salud mental y/o sanitarios para facilitar el acceso y adecuarse a las necesidades de las personas, para que las intervenciones se desarrollen con calidad. Tanto a las personas en exclusión, en riesgo de exclusión, con problemas de consumo etc.
- 5.4.5 Revisar el procedimiento de los ingresos involuntarios. Asimismo revisar los procedimientos de aislamiento de este tipo de ingresos y organizar la planificación al alta.

#### **5.5 Garantizar la equidad a la ciudadanía en el acceso a los tratamientos y cuidados**

- 5.5.1 Puesta en marcha de equipos de atención comunitaria de salud mental (TAC) en todos los territorios. Atienden en la comunidad a personas en situación de calle, en sus domicilios, etc.
- 5.5.2 Aumentar la dotación de los centros y hospitales de día. Tanto para ser alternativas en muchos casos a la hospitalización de corta estancia (con soporte social suficiente), como para acortar los ingresos con seguimiento muy estrecho durante un tiempo). Para todo tipo de patologías y edades: adicciones, infantojuvenil, trastorno mental grave, etc.
- 5.5.3 Dotación de más personal, para la configuración de equipos interdisciplinares en CSM.
- 5.5.4 Reversión del modelo psiquiátrico con reducción progresiva de las camas en los hospitales psiquiátricos.

- 5.5.5 Iniciar trabajos y puesta en marcha de procesos para el abordaje de problemáticas emergentes, con enfoque comunitario y equipos especializados como trastornos de alimentación, trastornos de personalidad.

## **5.6 Revertir la tendencia a la privatización de Osakidetza**

- 5.6.1 Estudiar la viabilidad de transferir los recursos concertados en la Red de Salud Mental y articular un proyecto que permita hacer públicos progresivamente estos recursos.

## 6. Salud Colectiva / Salud Pública y adicciones

### 6.1 Dotar de una estructura sólida al Instituto Vasco de Salud Pública

- 6.1.1 Equipararemos las estructuras comarcales de salud pública y adicciones con los niveles de estructura de las OSIs de Osakidetza.
- 6.1.2 Las estructuras territoriales de salud pública de las OSIs deben contar con recursos humanos y económicos adecuados para llevar a cabo las actividades de salud pública y las prestaciones, considerando las características demográficas y socioeconómicas de cada territorio.
- 6.1.3 La Dirección de Salud Pública y Adicciones, que pasará a ser instituto, se organizará mediante estructuras descentralizadas que se ajusten con las organizaciones sanitarias integradas. Esas estructuras descentralizadas se dotarán de un grupo interdisciplinar y de la actual provisión, al objeto de trabajar junto con la Atención Primaria, los CSMs y el resto de los recursos primarios. Los grupos territoriales de salud pública –fisioterapeutas, de terapia ocupacional, nutricionistas, CAFyD, personal de psicología y de enfermería comunitaria– deben ser multidisciplinares, y las personas que forman esos grupos deben cumplir sus cometidos en colaboración, a fin de asegurar que se cumplen y se siguen las actividades establecidas por las carteras de servicios del territorio correspondiente.
- 6.1.4 Se revisará y reforzará la dotación de los servicios que se incluyen en la subdirección. Se añadirán personal técnico de matemáticas, estadística y bioinformática para llevar adelante investigaciones y estudios en epidemiología, en el campo del medioambiente y en el campo de la alimentación.
- 6.1.5 Los grupos territoriales de salud pública tendrán representación y participarán en el Consejo de Salud y en las Comisiones Sociosanitarias de la OSI, mediante modificaciones que se determinen por vía reglamentaria.
- 6.1.6 Estos grupos multidisciplinares de salud pública y adicciones de nivel territorial articularán redes para trabajar de manera colectiva con la ciudadanía mediante servicios de orientación a nivel municipal. Y se coordinarán mediante la enfermería comunitaria y los servicios de orientación municipales.

### 6.2 Lograr la adhesión de la formación, el conocimiento y la experiencia de las personas profesionales de la salud pública

- 6.2.1 Crear la escuela de salud pública y administración sanitaria de la CAE, en colaboración con la EHU.

- 6.2.2 Actuará también en colaboración con otras universidades, centros de investigación y centros de formación profesional, en todos los estudios de ciencias de la salud y formación profesional, en la rama de salud y en la rama de servicios sociales, al objeto de promocionar de manera indirecta el conocimiento relacionado con la salud pública.
- 6.2.3 Estructuraremos el recorrido formativo oficial del personal trabajador de la salud pública de la CAE, para impulsar el conocimiento y la profesionalización que se asocian a la salud. Actuaremos en colaboración con la Universidad del País Vasco, así como con otras universidades y centros de investigación.
- 6.2.4 Creación de programas interdisciplinares de formación con visión de Una sola Salud para todos los sectores.
- 6.2.5 Crear una plataforma común para compartir datos de zoonosis, de vectores, climáticos y medioambientales desde el punto de vista de Una Sola Salud (con enfoque interinstitucional).

### **6.3 Desarrollar la colaboración entre Osakidetza y el Instituto Vasco de la Salud Pública basándose en la paridad**

- 6.3.1 Gestión integrada de datos.
- 6.3.2 Distribución compartida de los protocolos de cuidado.
- 6.3.3 Creación de grupos mixtos de trabajo conjunto en diferentes áreas y niveles.

### **6.4 Colaboración entre el Instituto Vasco de Salud Pública y el resto de sectores para la integración del enfoque de Una Sola Salud**

- 6.4.1 Incorporar una visión integrada de Una Sola Salud en las políticas de ordenación territorial, agricultura y medio ambiente.
- 6.4.2 Diseño y desarrollo de sistemas intersectoriales de identificación, vigilancia y previsión de riesgos sanitarios de cambio global.
- 6.4.3 Impulsar la coordinación entre los servicios de ganadería y medioambientales en los programas de vigilancia local y comarcal.
- 6.4.4 Proteger y restaurar los ecosistemas para evitar la pérdida de biodiversidad y proteger conjuntamente la salud de las personas, los animales, las plantas y los entornos sobre la base del desarrollo sostenible.

### **6.5 Estar preparados ante nuevas enfermedades, infecciones, y posibles epidemias y pandemias**

- 6.5.1 Los y las profesionales que ejercen en epidemiología podrán formar grupos de investigación que podrán a su vez determinar y mejorar la estrategia epidemiológica, y propondrán a la dirección celebrar convenios de colaboración con centros de investigación y universidades que actúan en la CAE y con el centro Basque Center for Applied Mathematics.

- 6.5.2 Se realizarán inversiones para avanzar de manera relevante en la automatización de la gestión de datos, desarrollando aplicaciones y programas para automatizar el mayor número posible de procesos.

## **6.6 Fortalecer la protección activa y la prevención de la salud frente a los riesgos globales**

Las zoonosis, las enfermedades transmitidas por vectores, la contaminación, los riesgos alimentarios y la resistencia a los antimicrobianos son algunas de las principales amenazas de salud. Frente a ellos, la prevención es la política más eficaz. Se fortalecerán los sistemas de vigilancia y se pondrán en marcha respuestas integradas a los riesgos medioambientales, priorizando el bienestar y la calidad de vida.

- 6.6.1 Establecer la vigilancia integrada de zoonosis y enfermedades vectoriales con datos multisectoriales.
- 6.6.2 Desarrollar medidas de prevención coordinadas para enfermedades zoonóticas y tropicales endémicas.
- 6.6.3 Crear un sistema de monitorización permanente sobre la asociación entre riesgos ambientales y salud.
- 6.6.4 Promover acciones coordinadas para proteger la eficacia de los antimicrobianos, garantizando el uso responsable, equitativo y sostenible de los mismos en la salud de las personas, animales y plantas.
- 6.6.5 Cumplir con las prestaciones que se recogen en el artículo 69 de las Ley de Salud Pública.
- 6.6.6 Salud pública asumirá todas las vacunaciones, incluyendo la gripe y el COVID.
- 6.6.7 Los programas de cribado quedarán en manos de la salud pública. Los cánceres que actualmente asume Osakidetza (cervix, mama y rectal), los síndromes prenatales y el programa de cribado para la detección de la sordera infantil pasarán a ser responsabilidad de Salud Pública junto con el programa de cribado neonatal.
- 6.6.8 La prevención primaria de enfermedades la ubicaremos también dentro de la salud pública. Para ello, identificaremos, trasladaremos y adaptaremos los programas existentes en Atención Primaria.

## 7. Hospitales

### 7.1 Transformar la gestión gerencialista de los servicios del Sistema de Salud Pública consolidada por el Real Decreto 521/1987

- 7.1.1 Conocer y analizar las experiencias por las que se han puesto en marcha en los hospitales otros tipos de gestión y de organización basados en la evidencia (Karolinska, hospitales de Dinamarca, etc.), al objeto de acercar a nuestro entorno modelos que conlleven la mejora de la asistencia sanitaria del o de la paciente.
- 7.1.2 Se buscará la implicación de las y los profesionales en la gestión, para mejorar la eficiencia y la calidad. Cada vez existen más evidencias de que se trata de la única vía para hacer frente al incremento de gasto que se está produciendo motivado por diversas razones y de la única alternativa a los recortes, ante la limitada eficacia mostrada por la gestión gerencial.
- 7.1.3 El conjunto de pacientes serán considerados como personas constructoras y diseñadoras de la asistencia sanitaria, en lugar de ser consideradas como personas consumidoras del sistema de salud pública. Desde la responsabilidad compartida, incorporando la experiencia y la perspectiva del o de la paciente para mejorar los procesos, a fin de ganar en calidad y eficiencia.
- 7.1.4 Apoyar y ayudar al conjunto de profesionales para garantizar un área de trabajo saludable y una cultura de la seguridad, a fin de ofrecer una asistencia sanitaria comprometida y sensible.

### 7.2 Diseñar los servicios del hospital basándonos en el bienestar, la autonomía y la justicia social de la totalidad de pacientes

- 7.2.1 Asegurarnos de que la totalidad de pacientes cuenten con un plan asistencial que responda a las necesidades de cada cual, tanto a las necesidades clínicas como a las propiamente asistenciales.
- 7.2.2 Establecer una buena comunicación respecto a lo relacionado con el conjunto de pacientes.
- 7.2.3 Diseñar la asistencia sanitaria para facilitar el autocuidado y la promoción.
- 7.2.4 Evitar que las los y las pacientes sean cambiadas de habitación si eso no es necesario para su cuidado.
- 7.2.5 Planificar la recuperación de los y las pacientes desde el momento de su hospitalización.

### 7.3 Situar el trabajo hospitalario orientado hacia una asistencia sanitaria que garantice la integralidad, la continuidad y la longitudinalidad

- 7.3.1 Participación de los equipos asistenciales del hospital en todo en el proceso de seguimiento de la asistencia.

- 7.3.2 Incrementar la perspectiva asistencial sanitaria con vistas a los recursos diarios (centros de salud, hospitales de día, hospitalizaciones a domicilio), ayudando al conjunto de pacientes a que eviten las hospitalizaciones, y ayudándoles también en los planes de recuperación.
- 7.3.3 Profundizar la colaboración con la comunidad y trabajar en equipo junto con la Atención Primaria y la asistencia comunitaria fijándonos en su ámbito de trabajo desde los hospitales, poniéndonos a trabajar mirando al exterior, a las necesidades de los y las pacientes, construyendo redes y superando las limitaciones actuales.
- 7.3.4 Determinar el área de coordinación para garantizar la continuidad de la asistencia aguda en los hospitales para personas enfermas agudas, procedimiento denominado también trabajo por procesos. Establecer continuidad entre las urgencias, las hospitalizaciones y los cuidados críticos, orientando los medios de las diferentes unidades hacia ello, y estableciendo indicadores evaluables de calidad según la patología.
- 7.3.5 Organizaremos un circuito/protocolo por OSIs para el cuidado de personas enfermas crónicas (ver en el bloque de líneas específicas), entre la Atención Primaria y el hospital comarcal y/o de referencia, aun en los momentos de desequilibrio que pueda tener el o la paciente, al objeto de que el seguimiento integral esté asegurado.

#### **7.4 Profundizar en los medios para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y en el establecimiento de algunas buenas prácticas**

- 7.4.1 Garantizar equipos estables de profesionales en el hospital, y priorizar la formación y la planificación para garantizar el cambio generacional.
- 7.4.2 Profundizar en la colaboración entre profesionales y pacientes, así como en la colaboración con comunidades y asociaciones de pacientes de mismo diagnóstico.
- 7.4.3 Realizar un reconocimiento geriátrico general a las personas de edad vulnerables que se acerquen a las urgencias del hospital.
- 7.4.4 Estrechar la relación con servicios psiquiátricos y otros servicios de salud mental, profundizar en la colaboración.

#### **7.5 Asegurar la evaluación continua y la rendición de cuentas a la ciudadanía**

- 7.5.1 Los hospitales deben medir sus costes, que, al igual que sus resultados, deben ser públicos.
- 7.5.2 La financiación debe basarse en resultados. El modelo de financiación debe fomentar la longitudinalidad, la continuidad y la integralidad.



### III BLOQUE

# Bases del Sistema de Salud

1. Gobernanza
2. Cartera de servicios
3. Calidad en los procesos asistenciales
4. Valor y resultados en salud
5. Investigación
6. Digitalización
7. Infraestructuras
8. Farmacia



# 1. Gobernanza

## 1.1 Apertura de la gobernanza del Sistema Público de Salud a la ciudadanía

- 1.1.1 Promover desde el empoderamiento de la ciudadanía. Ofrecer más formación a la ciudadanía y a las personas usuarias mediante sesiones e iniciativas articuladas en la salud comunitaria, de Centro de Salud (CS) en Centro de Salud. Campañas para dar a conocer derechos y obligaciones. Exponer la **utilidad y accesibilidad** del PAEZ/SAPU y de servicios similares.
- 1.1.2 Se llevarán a cabo asambleas abiertas al inicio de cada legislatura **con el o la JUAP y la dirección del CS** a fin de **presentar** a la ciudadanía de su área el proyecto de CS y **las líneas de trabajo**. Así, expondrán los programas que están en marcha y los diferentes planes.
- 1.1.3 La dirección de la OSI llevará a cabo, a su vez, asambleas abiertas al inicio de cada legislatura a fin de presentar a la ciudadanía de su área el proyecto de la OSI y las líneas de trabajo.
- 1.1.4 En cada semestre, las direcciones y los JUAPs de las OSIs rendirán cuentas ante la ciudadanía, y oirán sus peticiones y sus preocupaciones.
- 1.1.5 La dirección colegiada del Instituto Vasco de Salud Pública organizará una vez al año reuniones abiertas por OSI para dar a conocer el proyecto y las líneas de trabajo.
- 1.1.6 Se buscarán y establecerán nuevos canales para que la ciudadanía pueda hablar con las personas responsables de sus centros, conforme a la realidad de cada lugar. **Posibilidad de solicitar audiencia**. Relación directa con las personas responsables, relación que, además, no será opaca.

## 1.2 Difusión y redefinición de las fórmulas de participación recogidas en el capítulo III del Decreto 100/2018

- 1.2.1 Se tomarán medidas para reflejar la presencia de la ciudadanía en el órgano de dirección del Consejo Clínico Asistencial (art. 17).
- 1.2.2 Los Consejos Sociales de las OSIs impulsarán a su vez, además de los estudios cuantitativos, estudios cualitativos más allá de los números, al objeto de medir la satisfacción de la gente.
- 1.2.3 Aseguraremos la presencia de la representación de la ciudadanía en el Consejo Social de las OSIs.
- 1.2.4 A escala de barrio o municipal, se plantea la creación de un Consejo o **Comisión Ciudadana** como representación de la propia ciudadanía. Mantendrán una estrecha relación con los JUAPs y asistirán a sus comparecencias.

### **1.3 Reestructuración del servicio PAEZ/SAPU**

- 1.3.1 Se reconvertirá en un mediador entre los y las pacientes y el personal sanitario, una figura a modo de Ararteko de Osakidetza. Pasará de ser servicio a ser dirección. Así, el servicio se reforzará y se reestructurará para promocionar y proteger los derechos de la ciudadanía.
- 1.3.2 Se facilitará la accesibilidad al servicio, incluyendo la física.
- 1.3.3 Se igualarán los criterios de los servicios de todas las OSIs, incluyendo la metodología.

### **1.4 Se realizarán campañas para dar a conocer los derechos que le corresponden a la ciudadanía en el Sistema Público de Salud**

- 1.4.1 Se hará cumplir el decreto que establece los plazos de las listas de espera quirúrgicas (Decreto 65/2006).
- 1.4.2 A fin de limitar las listas de espera para consultas externas, se hará cumplir el Decreto 230/2012, de 30 de octubre, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a las consultas de cardiología y oncología y pruebas complementarias no urgentes.
- 1.4.3 Se hará cumplir el decreto de derechos para recabar segundas opiniones (y dónde recabarlas), ya que se hacen diferentes interpretaciones al respecto.
- 1.4.4 Se llevarán a cabo con una determinada periodicidad campañas para dar a conocer el derecho a elaborar un Plan Personalizado de Cuidados Paliativos.

### **1.5 La ciudadanía será sabedora de las circunstancias de su proceso asistencial**

- 1.5.1 En lo que a la asistencia respecta, aclarar y publicar las consultas, las pruebas y las listas de espera quirúrgicas. Una vez cumplida la normativa de protección de datos, establecer los mecanismos para ponerlos en manos de la ciudadanía.
- 1.5.2 Una vez se haya logrado que las listas de espera lleguen a estándares normales, continuaremos trabajando con Osakidetza y las direcciones de todas las OSIs para unificar y acordar la gestión de las listas de espera, los procesos, los itinerarios y los criterios, incluyendo las opiniones de los y las pacientes, para atender a tiempo los estados de salud tanto de los pacientes agudos como de los crónicos. En suma, se incluirá el punto de vista de los y las pacientes en el proceso asistencial.
- 1.5.3 Programas de promoción de la carpeta de salud en los Centros de Salud. De la página web a una App intuitiva. Sencilla y transparente.
- 1.5.4 A fin de ahondar en la humanización, se tomarán medidas para limitar las esperas a las que están sujetas las personas usuarias de Osakidetza en diferentes servicios.
- 1.5.5 Se tomarán medidas para que los y las pacientes pasen el menor tiempo posible sin sus familiares o acompañantes.

## **1.6 Reducción de la brecha entre la gestión y la asistencia, y llevar a cabo la integración real**

- 1.6.1 Se definirán los procesos asistenciales y de funcionamiento por procesos; se abrirá la vía para funcionar mediante equipos multidisciplinares de diferente perfil.
- 1.6.2 Modificaremos el Decreto 100/2018 sobre las OSIs. Adaptaremos las direcciones de las OSIs a fin de configurar direcciones colegiadas conformadas con responsables de diferentes niveles para, de ese modo, establecer un modelo de gestión que ahondará en la relación con quienes trabajan en la asistencia diaria. El objetivo será, dentro de las OSIs, no perder el vínculo con lo cotidiano.
- 1.6.3 Nombraremos dos personas secretarias-asesoras entre el personal Técnico Superior de Organización de Osakidetza para que una de ellas trabaje para la consejería de Salud y la otra para la Dirección de Osakidetza. La tarea de estas personas consistirá en incorporar el método en cada estrategia que se deba gestionar y hacer que el trabajo realizado sea más eficaz.

## **1.7 Redefinición del acceso a puestos de responsabilidad**

- 1.7.1 Profesionalización de los puestos de responsabilidad a fin de evitar partidismos y amiguismos. Se elegirán a las mejores y debidamente acreditadas personas gestoras. Nombraremos personas gestoras responsables conforme al merecimiento y a la capacidad, redefiniendo el proceso de selección y la normativa para gestionar con transparencia los actuales procesos opacos.
- 1.7.2 Pondremos en marcha, en colaboración con la EHU, la escuela pública de salud pública y administración sanitaria de la CAE para que se pueda contar con direcciones preparadas y para que se pueda transformar la gobernanza. En la escuela, se impartirá formación para profesionalizar los puestos de responsabilidad y habrá un itinerario previamente diseñado.
- 1.7.3 Se modificarán el artículo 27 del Decreto 8/1997 sobre organización sanitaria de Euskadi vigente para nombramientos de direcciones de las OSIs, y, en consecuencia, el Decreto 186/2005, de 19 de julio, que regula los puestos de trabajo funcionales, y el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, que establece los estatutos de Osakidetza. Será un proceso transparente, y contará con trazabilidad y mecanismos de seguimiento.

## 2. Cartera de servicios

### 2.1 Asegurar el derecho a la salud de toda la ciudadanía

- 2.1.1 Asegurar la tarjeta sanitaria a todas las personas, profundizando para ello en la colaboración con los ayuntamientos para activar en todos los municipios mecanismos que garanticen el padrón. En ese sentido, regular y establecer a la mayor brevedad un padrón social para todas las personas que estén en situación y en riesgo de exclusión en todos los ayuntamientos de la CAE.
- 2.1.2 Asegurar desde el principio la TIS a todas las personas nacidas en la comunidad.
- 2.1.3 Garantizar la correspondiente relación con el grupo básico del centro de salud de Atención Primaria a la ciudadanía institucionalizada.

### 2.2 Desarrollar y estructurar en la cartera de servicios los medios para la promoción de la salud, además de recogerlos en ella

- 2.2.1 Definir programas para protegerse de los riesgos para la salud, para promocionar la salud, y para prevenir enfermedades y lesiones.
- 2.2.2 Información y vigilancia epidemiológica.
- 2.2.3 Proteger y fomentar la salud medioambiental.
- 2.2.4 Fomentar la seguridad alimentaria.
- 2.2.5 Realizar el seguimiento y vigilar los riesgos sanitarios que pueden provocar los traslados de viajeros y mercancías.
- 2.2.6 Proteger y fomentar la salud laboral.

### 2.3 Arraigar la promoción de la salud en Atención Primaria

- 2.3.1 Implicación en la salud de la adolescencia: Anamnesis y consejos sobre hábitos dañinos para la salud como, por ejemplo, el uso del tabaco, del alcohol y de sustancias que provocan dependencia, incluyendo también la prevención de accidentes. En colaboración con el Departamento de Educación, poner en marcha un programa de intervención en el marco y en el entorno de los centros educativos de educación secundaria para detectar las causas que puedan estar en la base de las adicciones, para realizar una prevención general, para identificar el total de menores de edad que han caído en la adicción y para realizar intervenciones individualizadas. Para eso, se configurarán equipos formados por personal de psicología, personal de enfermería y personal de trabajo social.  
  
Valorar los hábitos respecto a la alimentación, la conducta y la imagen corporal, y la educación relacionada con esos factores.

Promocionar conductas saludables relacionadas con la sexualidad, a fin de evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

2.3.2 Definir un plan de promoción, cuidado, prevención y asistencia de la salud teniendo en cuenta todas las fases biológicas de la mujer, sin patologizarlo, centrado en la formación y el empoderamiento de las mujeres.

2.3.3 Atención a las personas que presentan conductas peligrosas:

2.3.3.1 Atención a las personas fumadoras y ayuda para superar la dependencia del tabaco. Aquí se añaden la valoración de la persona fumadora, la información sobre los riesgos, el consejo para dejar de fumar y la ayuda sanitaria y, si así corresponde, la intervención que incluya ayuda conductual individual.

2.3.3.2 Atención a personas con consumos excesivos de alcohol. Se incluyen en este punto detectar y cuantificar el consumo y la frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo para limitar o eliminar el consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y, en caso de ser necesario, ofrecer ayuda sanitaria para dejar de fumar.

2.3.3.3 Ofrecer atención a otras actitudes dependientes. En este punto se incluyen la detección y ofrecer ayuda sanitaria especializada, en caso de resultar necesario, para dejar atrás la dependencia y para prevenir enfermedades ligadas a ella.

2.3.4 Detectar a tiempo los problemas sanitarios provocados por situaciones de riesgo o situaciones de exclusión social (menores que se encuentran en acogida, minorías étnicas, emigrantes y otros) y enfrentarse a ellos.

## **2.4 Establecer criterios sostenibles, equitativos, para mejorar la organización y el funcionamiento de los hospitales, a fin de mejorar la asistencia sanitaria que debe recibir la ciudadanía**

2.4.1 Estructurar y mejorar la organización de la atención muy especializada y diferenciada, incluyendo el CSUR, con perspectiva de país.

2.4.1.1 Emplear parámetros objetivos basados en la mejor evidencia al decidir dónde se va a prestar esa atención.

2.4.1.2 Especificar los criterios de las y los profesionales de estas unidades para prestar ayuda a las demás OSIs.

2.4.2 Definir circuitos internos transparentes.

2.4.3 Avanzar de cara a lograr que el pago relacionado con la industria farmacéutica y tecnológica esté ligado con el valor y con los resultados, y para establecer contratos de riesgo compartido.

2.4.4 Revisar los protocolos para que las personas familiares y amigas puedan localizar a las personas que están hospitalizadas, y establecer un programa.

2.4.5 Programa de ayuda para que las personas hospitalizadas realicen las gestiones que han tenido que dejar pendientes.

- 2.4.6 Reorganización para conocer en qué momento concreto va a llegar la ambulancia tras recibir el alta hospitalaria.

## **2.5 Definir la cartera de servicios de los hospitales comarcales y asegurar que se cumple**

- 2.5.1 Definir la cartera de servicios básica de los hospitales comarcales y determinar los servicios que se ofrecen en ella. Medir la calidad de esos servicios.
- 2.5.2 Definir, junto con sus profesionales, en qué se puede especializar el hospital de cada comarca.
- 2.5.3 Una vez cumplidos los dos requerimientos anteriores, organizar y ampliar la formación que se va a impartir a las personas residentes, para que resulte de mayor interés para las y los profesionales.

## **2.6 Fortalecer la farmacia pública del Sistema Público de Salud**

- 2.6.1 Reforzar la infraestructura y la logística para el abastecimiento autosuficiente del Sistema de Salud Pública, y para fomentar la autogestión de medicamentos que se consideran fundamentales y/o estratégicos y se encuentran en situación de rotura de stock.

## **2.7 Preparar infraestructuras en emergencias para mejorar la eficacia y la colaboración con las agencias que actúan en urgencias extrahospitalarias**

- 2.7.1 Construir una única estructura pública especializada en colaboración con las agencias que actúan en urgencias extrahospitalarias.

## **2.8 Reforzar la capacidad de investigación**

- 2.8.1 Revisar y redefinir la naturaleza jurídica de Biosistemak, Biogipuzkoa, Biobizkaia y Bioaraba para, entre otras cosas, sacar de la precariedad al personal investigador..

## **2.9 Ampliación de la cartera de servicios para las personas vulnerables**

- 2.9.1 Ofrecer servicio de podología a las personas mayores y con discapacidad.
- 2.9.2 Ampliar el PADI conforme a la renta a fin de garantizar la cobertura integral a la ciudadanía que esté por debajo del salario mínimo interprofesional y que tenga necesidades especiales.
- 2.9.3 Establecer el cuidado ocular, y la gratuidad de gafas y lentillas de manera progresiva, comenzando por las personas más vulnerables.

## 3. Calidad de los procesos asistenciales

### 3.1 Establecer mecanismos para garantizar la continuidad asistencial integrada desde la perspectiva de cada paciente, garantizando la participación de profesionales y pacientes en la definición de los procesos

- 3.1.1 Se igualarán los criterios de los servicios de todas las OSIs, así como la metodología de trabajo, teniendo en cuenta las opiniones de profesionales y la experiencia de pacientes.
- 3.1.2 Dotar a los servicios de atención al paciente de los hospitales y de Atención Primaria de los medios adecuados para que reciban de forma sistemática información sobre la experiencia y posibilidades de mejora de los y las pacientes y la traslade de forma institucional, a los comités de gestión clínica.
- 3.1.3 Realizar encuestas de satisfacción dirigidas a los y las pacientes y utilización de las mismas para la elaboración de propuestas de mejora.

### 3.2 Integrar los elementos asistenciales necesarios para garantizar la continuidad asistencial más eficiente: sistemas de información, gestión orientada a los y las pacientes, planes integrados de servicios funcionales según las necesidades de la totalidad de los y las pacientes, con su participación en el diseño de procesos asistenciales

- 3.2.1 Configuración de grupos de trabajo interdisciplinarios y multidisciplinarios que incorporen profesionales de diferentes servicios y estamentos y realicen propuestas de mejoras de integración de atención a procesos para las gerencias.
- 3.2.2 Inclusión en el ámbito de gestión de los servicios asistenciales los criterios de planificación y los dispositivos de información.
- 3.2.3 Desarrollo, asumiendo para ello elementos externalizados, de sistemas de información, generación de cuadros de mandos, e información a profesionales y población de manera sistemática y transparente.
- 3.2.4 Adaptación del diseño de los procesos asistenciales hospitalarios.

### 3.3 Incentivar las buenas prácticas de integración asistencial centradas en pacientes como elemento tractor de modelos de gestión

- 3.3.1 Generalización de creación de grupos de mejora de calidad de la atención orientada a pacientes junto con la participación de pacientes, en los hospitales, integrando a personal de diferentes servicios y unidades de atención a los y las pacientes.

- 3.3.2 Desarrollo de procesos participativos con las personas usuarias y cuidadoras de Osakidetza y con la ciudadanía, por OSIs y a diferentes niveles: nivel municipal, nivel comarcal. Creando un lenguaje y unos objetivos compartidos que ayuden a conectar con la sociedad mediante la participación, fomentando la solidaridad y el reconocimiento de la diversidad.
- 3.3.3 Desarrollo de estrategias de humanización que contemplen la formación en habilidades básicas de comunicación empática para la totalidad de las personas profesionales del sistema.

### **3.4 Gestionar, mediante la formación y funcionamiento estable de grupos profesionales, con participación de pacientes, de servicios de atención a pacientes, el análisis sistemático de opciones de mejora, más allá de la definición de protocolos o procedimientos de trabajo que resultan insuficientes para garantizar la integración y la eficiencia**

- 3.4.1 Impulso de grupos tales como círculo de calidad o similares que analicen sistemáticamente la práctica clínica y realicen propuestas de innovación organizativa.
- 3.4.2 Incorporar el entorno y los determinantes de la salud, en los Resultados en Salud para primar la perspectiva biopsicosocial.
- 3.4.3 Generación de espacios para compartir e impulsar buenas prácticas y líneas de mejora incluidas en los objetivos de gestión local y centrales

### **3.5 Desarrollar estrategias con mayor intensidad para abordar situaciones que generan mayor inequidad, como personas con problemas crónicos complejos, personas en situaciones de alta vulnerabilidad, personas con problemas graves de salud mental o en procesos de exclusión social**

- 3.5.1 Agilizar la valoración de la dependencia y el reconocimiento de la discapacidad
- 3.5.2 Regulación e implantación urgente de un empadronamiento social para personas en situación de exclusión y riesgo de exclusión en todos los municipios de la CAPV, con el fin de garantizar la referencia familiar y facilitar el acceso al sistema sanitario y de cuidados.
- 3.5.3 Realizar una planificación adecuada de alta en los hospitales de Media-Larga estancia para garantizar unos cuidados adecuados.

### **3.6 Desarrollar estrategias combinadas para reducción y mejora de la gestión de listas de espera**

- 3.6.1 Asegurar una gestión transparente.
- 3.6.2 Garantizar el control horario y el cumplimiento de actividad en jornada habitual.
- 3.6.3 Analizar las causas de las citas anuladas.

## 4. Valor y resultados en salud

### 4.1 Diseño e integración en diferentes planes y programas de un marco estratégico para el desarrollo de la atención sanitaria basada en el valor

- 4.1.1 Desarrollar sistemas de información comparables y compartidos con el resto de instituciones del Estado e Internacionales. Sistemas que incorporen los resultados más relevantes de la atención sanitaria, calidad de vida, eficacia, seguridad, eficiencia y percepción del paciente y de la comunidad.
- 4.1.2 Acordar la estructuración de los datos (interoperabilidad semántica, sintáctica, técnica y organizativa).
- 4.1.3 La Asistencia Sanitaria basada en el Valor recogerá la visión de las personas responsables y gestoras y el impacto de las necesidades de la comunidad y de las inversiones sanitarias, no solo la salud individual.

### 4.2 Definir qué son para nuestra comunidad el valor y los resultados en la salud, y que se compartan entre el personal profesional, pacientes, personal de cuidados y personas gestoras del Sistema Público de Salud

- 4.2.1 Desarrollar procesos participativos con las personas usuarias y cuidadoras de Osakidetza y con la ciudadanía, por OSIs y a diferentes niveles: nivel municipal, nivel comarcal.
- 4.2.2 Desarrollar el lenguaje y los objetivos compartidos que ayuden a conectar con la sociedad mediante la participación, fomentando la solidaridad y el reconocimiento de la diversidad.

### 4.3 Establecer indicadores para los procesos de atención sanitaria al objeto de ahondar en la equidad

- 4.3.1 Pondremos en marcha programas piloto para funcionar mediante procesos en las patologías que se acuerden. Se fijarán indicadores para los procesos. Como ejemplo de ello contamos con Bihotzez, que se puso en marcha hace unos años.
- 4.3.2 Establecer sistemas de información para los diferentes planes y estrategias del ámbito de la salud.
- 4.3.3 Realizar una estratificación entre la población para identificar los indicadores fuente de desigualdades, teniendo en cuenta las variables de género, nivel socio-económico y otras variables de riesgo.

### 4.4 Desarrollar una cultura de evaluación que ayude en la transformación del Sistema Público de Salud, mediante indicadores que midan la experiencia y el conocimiento de todos los agentes implicados

- 4.4.1 Considerar las herramientas de medición PREM, PROM y CROM que se utilizan en el plano internacional y hacer medible a su vez la satisfacción del personal trabajador en las diferentes escalas

evaluativas que se incluyen en ellas, a fin de desarrollar la organización del Sistema Público de Salud y la mejora continua de las condiciones de trabajo. Integrando inevitablemente en estos indicadores de medición la calidad de vida y la percepción recibida (criterios de Schalock y Verdugo).

- 4.4.2 En línea con la estrategia del valor de Osakidetza, y al objeto de medir los resultados de la atención que se ofrece, se deberán utilizar los cuestionarios PREM, PROM y CROM, de manera progresiva. Para ello se deberán validar en euskera antes de que sean implantados.
- 4.4.3 Impulsar los indicadores que ayudarán a transformar el modelo de gobernanza en el Sistema Público de Salud.
- 4.4.4 Medir y conocer, cómo modifican las intervenciones sanitarias el coste de la gestión de la enfermedad.
- 4.4.5 Al medir los resultados en salud, tener en cuenta el entorno y los determinantes de la salud, para superar la perspectiva biopsicosocial.
- 4.4.6 Incorporar indicadores que valoren la influencia que los diferentes tratamientos terapéuticos tienen entre los y las pacientes como, por ejemplo, la discapacidad.

#### **4.5 Definir procesos de gestión transparentes e incluidos en el interés público para proteger de los intereses de mercado tanto el uso de los datos de la ciudadanía como el de la información y los datos del SPS**

- 4.5.1 Promover y asegurar la transparencia de los resultados, poniéndolos a disposición de la ciudadanía y los diferentes agentes comunitarios.
- 4.5.2 Rendir cuentas ante la ciudadanía.
- 4.5.3 Garantizar el retorno social y público al desarrollar la colaboración con empresas tanto tecnológicas como farmacéuticas.
- 4.5.4 Se cancelarán los convenios que dejan en manos de mutuas y otras empresas tanto el historial clínico como los datos de la ciudadanía.
- 4.5.5 Se habilitarán espacios para transferir y compartir mediciones y evaluaciones sobre resultados en salud con los demás SPSs del Estado, comenzando por las enfermedades de mayor prevalencia para, de ese modo, facilitar la obtención de tratamientos alternativos basados en resultados más fiables.

#### **4.6 Extender y alinear la Estrategia de Valor a todos los ámbitos del Sistema Sanitario Público, a través de las conclusiones obtenidas de los sistemas estructurados de evaluación, para introducir mejoras y promover la innovación**

- 4.6.1 Infraestructuras y compras

- 4.6.1.1 Condicionar la compra de medicamentos y tratamientos, y, por lo tanto, su precio, a los resultados obtenidos
- 4.6.1.2 Tener en cuenta las experiencias y las aportaciones del personal sanitario y de la ciudadanía al renovar las infraestructuras o crear nuevas.
- 4.6.2 Integrar en el modelo de contratación de la Política de Personal la formación y desarrollo profesional.
- 4.6.3 Repensar el programa contrato revisando indicadores y renovando los sistemas de información para evitar la burocracia.

#### **4.7 Cancelar las actividades que carecen de valor en el Sistema Público de Salud**

- 4.7.1 Reducir la variabilidad en la práctica clínica.
- 4.7.2 Valorar el liderazgo clínico
- 4.7.3 Analizar el rediseño de la asistencia clínica
- 4.7.4 Formar microequipos compuestos por profesionales sanitarios, gestores y pacientes en todos los niveles y todas las áreas de trabajo del Sistema Público de Salud a fin de identificar y cancelar todas las actividades que carezcan de valor.

## 5. Investigación

### 5.1 Coordinar e integrar el Plan de Investigación Sanitaria de Euskadi con la atención sanitaria

- 5.1.1 Establecer líneas de investigación prioritarias, conforme a la realidad sociosanitaria actual y local (enfermedades crónicas, envejecimiento, inmigración...).
- 5.1.2 Garantizar la financiación básica para los grupos de investigación y agilizar la gestión administrativa de los proyectos.
- 5.1.3 Buscar las sinergias de las líneas de investigación, a fin de aunar los esfuerzos de objetivo común.
- 5.1.4 Fomentar la investigación clínica mediante ensayos clínicos (incluyendo los de financiación pública) para facilitar a los y las pacientes el acceso a nuevos tratamientos.
- 5.1.5 Integrar la aportación de la investigación en la estrategia del sistema sanitario, y desarrollar los mecanismos para aplicar los resultados en la realidad clínica.

### 5.2 Incluir tiempo para la investigación en las horas de trabajo de todo el personal profesional sanitario del Sistema de Público de Salud

- 5.2.1 Reservar un determinado número de horas de trabajo asistenciales para la investigación.
- 5.2.2 Reforzar el reconocimiento de la investigación como factor de motivación del personal profesional, valorando la investigación como puntuación independiente, tanto en el desarrollo profesional como en los procesos de selección. Crear para ello una sección de valoración específica, diferenciada de la formación o de la enseñanza.
- 5.2.3 Establecer incentivos reales para que el personal profesional sanitario participe en la investigación.
- 5.2.4 Prolongar los contratos de intensificación y dar mayor estabilidad al personal investigador clínico.
- 5.2.5 Ofrecer estancias en los centros de investigación para garantizar el acceso a la investigación al personal profesional de atención primaria. Establecer para ello mecanismos que faciliten la sustitución del o de la profesional de atención primaria.
- 5.2.6 Fomentar la participación del personal de enfermería y las matronas de Osakidetza en la investigación y en la enseñanza de grados, en colaboración con la EHU.
- 5.2.7 Fijar la investigación como requisito indispensable para llegar a niveles profesionales altos y crear recorridos profesionales especializados en la investigación.

### **5.3 Reestructuración de los institutos de investigación sanitaria tomando como eje la traslación hacia la investigación clínica**

- 5.3.1 Reorganizar los bioInstitutos para que tengan como objetivo reforzar la conexión entre la atención y la investigación.
- 5.3.2 Garantizar condiciones laborales dignas y estables al personal investigador, técnico, doctorando y postdoctorando para retener talento (Ley 17/2022, de 5 de septiembre, por la que se modifica la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, conforme a lo establecido en su artículo 85).
- 5.3.3 Reducir la burocracia de los procesos de investigación y ofrecer ayuda para que el personal investigador pueda realizar un verdadero trabajo de investigación.
- 5.3.4 Mejorar las infraestructuras y los procedimientos de funcionamiento de las investigaciones clínicas para atraer nuevos proyectos y reforzar la aplicabilidad clínica.

### **5.4 Reforzar la colaboración con la EHU y los centros de excelencia**

- 5.4.1 Establecer programas de investigación unificados con la EHU y otros centros de investigación. Revisar los convenios existentes con los ISS, a fin de fomentar la verdadera colaboración, a todos los niveles, también en el personal, incluyendo la gestión de fondos y la compartición de infraestructuras.
- 5.4.2 Facilitar las vías para compartir los recursos tecnológicos y humanos, evitando duplicidades de infraestructuras.
- 5.4.3 Facilitar la integración del personal trabajador de la EHU y de otros centros de investigación, para que realicen estancias en los hospitales y en los centros de salud, y viceversa.
- 5.4.4 Impulsar proyectos multidisciplinarios para actuar en colaboración con otras áreas (energía, biotecnología, inteligencia artificial...).
- 5.4.5 Fomentar programas para la realización de tesis doctorales entre el personal profesional sanitario (personal médico, personal de enfermería y otros), y dar facilidades para participar en la enseñanza universitaria.

### **5.5 Aumentar la transparencia y atraer ensayos clínicos**

- 5.5.1 Fijar criterios públicos y transparentes para la distribución de líneas de investigación y recursos.
- 5.5.2 Impulsar la participación de profesionales y pacientes en el diseño de estrategias de investigación.
- 5.5.3 Mejorar infraestructuras y procedimientos para atraer ensayos clínicos, con el objetivo de lograr mayor financiación y dar acceso a nuevos tratamientos.
- 5.5.4 Mejorar el reconocimiento de la investigación y garantizar la transparencia, a fin de reconocer la investigación como acción importante y factor de motivación.

## **5.6 Fomentar el reconocimiento y la cultura de la investigación**

- 5.6.1 Realizar campañas de sensibilización para garantizar la importancia de la investigación.
- 5.6.2 Otorgar premios y reconocimientos al personal profesional sanitario investigador.
- 5.6.3 Crear foros de cooperación y espacios de relación para facilitar la colaboración entre proyectos.
- 5.6.4 Actualizar la situación en la que está hoy en día la carrera del personal profesional del sistema de salud y la valoración de la puntuación de la investigación, al objeto de superar las desigualdades habidas hasta ahora.

## 6. Digitalización

Gobernanza tecnológica avanzada, segura, ética y pública del sistema sanitario.

### **6.1 Desarrollar una organización emprendedora que asuma el liderazgo en salud digital y aumentar las capacidades tecnológicas del sistema**

- 6.1.1 Crear una dirección de Salud Digital y conformar una estructura propia.
- 6.1.2 Creación de un equipo profesional con un perfil tecnológico sólido y competencias avanzadas.
- 6.1.3 Desarrollar una estrategia de colaboración con la Universidad Pública, los agentes de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología y el tejido empresarial vasco, potenciando las capacidades tecnológicas de Osakidetza y garantizando la propiedad pública de los activos generados.
- 6.1.4 Desarrollo sistemático de herramientas de I+D e innovación para la construcción de proyectos tecnológicos digitales.

### **6.2 Desarrollo de un modelo digital híbrido, accesible y útil para el Sistema Público de Salud**

- 6.2.1 Un modelo y un marco digital que aproveche las posibilidades de la digitalización y que integre a la vez la atención personal y afectiva.
- 6.2.2 Mejorar la operabilidad e interoperabilidad de todos los aplicativos.
- 6.2.3 Diseñar un sistema informático sociosanitario que recoja los datos básicos de los servicios municipales, los servicios sanitarios y las Diputaciones Forales (los que resulten necesarios en atención sociosanitaria) para que el personal trabajador de esas tres instituciones tenga el correspondiente acceso.
- 6.2.4 Los sistemas informáticos de las residencias estarán integrados en Osabide, es decir, Osabide AP, Osabide global y un nuevo sistema adaptado al funcionamiento de las residencias, Osabide-ego (el de las residencias). En la actualidad las residencias funcionan con dos sistemas informáticos diferentes (cada residencia con su sistema más Osabide Integra).
- 6.2.5 Desarrollar una estrategia de migración y transitoriedad de herramientas y aplicaciones basadas en software libre y tecnologías libres.
- 6.2.6 Mejorar la disponibilidad de la Carpeta de Salud:

- 6.2.6.1 Establecer programas de promoción de la carpeta de salud en los Centros de Salud y de las demás APP desarrolladas y que actualmente están en uso.
- 6.2.6.2 Estudiar la posibilidad de aunar la APP de la “Carpeta de Salud” con la APP “Nire tratamendua” para que los/las pacientes tengan todo el ámbito de salud en una única aplicación.
- 6.2.6.3 Añadir nuevos servicios a la APP “Carpeta de Salud” (citado más adelante, punto 6)

### **6.3 Mejorar y reforzar los sistemas de información, aplicaciones e infraestructuras informáticas de Emergencias**

- 6.3.1 Permitir la interoperabilidad entre los dos sistemas de “Euskarri” y “Osabide Global” para la eficiencia de Emergencias y la simplificación del trabajo.
- 6.3.2 Definir planes de contingencia robustos y eficaces ante las caídas del sistema de llamadas en Emergencias.
- 6.3.3 Actualizar e implementar el aplicativo de parada cardiaca extra hospitalaria –PCEH- no actualizado.

### **6.4 Construcción de sistemas de información e infraestructuras informáticas sólidas, seguras e independientes**

- 6.4.1 Diseño y desarrollo de una arquitectura del sistema informático propio (local) y de un plan de reubicación de infraestructuras básicas subcontratadas.
- 6.4.2 Desarrollo de una estrategia de ciberseguridad y renovación de protocolos de seguridad para proteger la vulnerabilidad de las infraestructuras y los elementos críticos.
- 6.4.3 Optimizar el funcionamiento del sistema informático para aumentar la capacidad de operar de manera efectiva y diseñar un plan de contingencia firme para situaciones de caída del sistema informático y no se pare ni se bloquee el funcionamiento del sistema de salud.
- 6.4.4 Fortalecer la capacidad computacional y tecnológica del sistema sanitario mediante el desarrollo de una visión compartida y eficiente.
- 6.4.5 Incorporar ambos idiomas oficiales desde la fase de diseño de las aplicaciones informáticas.

### **6.5 Desarrollo de una gobernanza ética, segura, avanzada y estandarizada de los datos de salud**

- 6.5.1 En relación con el Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Marco Europeo de Datos de Salud, proponemos:
  - A. Creación de la “Autoridad Vasca de Salud Digital” para la gobernanza de los datos primarios de la historia clínica electrónica (artículo 19).
  - B. Creación del “Instituto Vasco de Acceso a los Datos de Salud” para la gobernanza de los datos sanitarios de uso secundario (artículo 55).

- 6.5.2 Desarrollo basado en los protocolos y estándares de los Espacios de Datos Europeos.
- 6.5.3 Garantizar la reutilización de los datos y su retorno público y social.
- 6.5.4 Garantizar la protección de datos, respetar los derechos digitales de la ciudadanía y desarrollar un sistema de seguimiento-evaluación.
- 6.5.5 Desarrollar una estrategia para garantizar la interoperabilidad y seguridad de las historias clínicas.
- 6.5.6 Garantizar el retorno público de los resultados derivados de la gestión de los datos públicos con empresas tecnológicas, industrias farmacéuticas y agentes privados.

## **6.6 Diseño y desarrollo de la hoja de ruta tecnológica para el desarrollo de sistemas de inteligencia artificial y Big Data**

- 6.6.1 Definición del uso de la inteligencia artificial para la mejora del diagnóstico.
  - 6.6.1.1 Definir el uso corporativo de la inteligencia artificial para la mejora del diagnóstico y detallar la hoja de ruta para su desarrollo.
  - 6.6.1.2 Acordar las bases y condiciones para el intercambio de datos entre investigadores e investigadoras de EHU y BIOEF con investigadores e investigadoras de BioCruces, BioGipuzkoa y BioAraba.
- 6.6.2 Las aplicaciones informáticas utilizadas en los servicios sanitarios digitales, deben contemplar sistemas de inteligencia artificial:
  - 6.6.2.1 Optimización de procesos, promoviendo la reducción de la burocracia y priorizando el tiempo de atención a pacientes.
  - 6.6.2.2 Utilizando sistemas de inteligencia artificial en Atención Primaria para que los/las médicos utilicen el tiempo para atender a los pacientes y no en burocracia (transcripción automática, etc.)
  - 6.6.2.3 Atención Directa a las/los Pacientes: Las aplicaciones informáticas deben contemplar la traducción automática oral en múltiples idiomas (urdu, árabe, etc.) para atender a las personas provenientes de otros países (cada vez son más) y lograr así una relación más directa médico-paciente.
  - 6.6.2.4 En el ámbito de la Prevención, desarrollar una APP de Hábitos Saludables Personalizados (APP-Osasun Ohitura Osasungarriak) con sistemas de inteligencia artificial (incluirlo en la “Carpeta de Salud”):
    - Desarrollo de una APP personalizada con recomendaciones de prevención de ejercicio físico, alimentación saludable, etc. teniendo en cuenta el historial clínico del paciente (inputs de salud: antecedentes médicos, signos vitales, diagnósticos, resultados de pruebas, tratamientos, etc.)
    - En una segunda fase, añadir la inclusión de dispositivos IoT corporativos para incrementar en tiempo real la cantidad de inputs (presión arterial, frecuencia cardíaca, etc.) optimizando así la magnitud de la prevención personalizada.

## **6.7 Sostenibilidad de los servicios digitales de salud**

Definir el protocolo de gestión sostenible del sistema informático tanto de las infraestructuras informáticas (reutilización y reciclaje dispositivos informáticos, dispositivos médicos de internet, centro de datos, etc.) como de la optimización de procesos.

## 7. Infraestructuras

### 7.1 Elaborar una planificación quinquenal transparente y compartida sobre los centros sanitarios, hospitales y edificios de Osakidetza

- 7.1.1 Habilitar espacios en los que se trabajen acuerdos con las y los profesionales sanitarios y se tengan en cuenta sus aportaciones junto con las de las propias personas usuarias de Osakidetza al renovar o planificar los edificios.
- 7.1.2 A la hora de renovar o planificar los edificios, realizar un análisis desde los determinantes de la salud para disponer de las infraestructuras más adecuadas para una salud activa en los pueblos/ciudades/territorios (organización urbanística, movilidad, medio ambiente, energía, accesibilidad...).
- 7.1.3 Priorizar la renovación y remodelación de los centros de salud de Atención Primaria. Eliminación de barreras arquitectónicas –físicas, sensoriales– y preparación para inserción de nuevos perfiles, garantizando una línea presupuestaria con un compromiso de crédito anual.
- 7.1.4 Ordenar mejor los circuitos y espacios internos al renovar centros sanitarios y hospitales o al construir nuevos.
- 7.1.5 Mejorar los trabajos de inspección y seguimiento al construir infraestructuras.

### 7.2 Reforzar la provisión tecnológica del Instituto Vasco de Salud Pública

- 7.2.1 Dotar al Instituto Vasco de Salud Pública del sistema de información que precisa para la recogida de datos, la gestión y la investigación.
- 7.2.2 Realizar la inversión necesaria en tecnología para adaptar y reforzar el laboratorio a los nuevos tiempos.

### 7.3 Crear una estructura específica denominada Agencia de Emergencias en colaboración con los demás departamentos e instituciones del Gobierno

- 7.3.1 Reunir bajo una única estructura pública a todas las agencias que actúan en urgencias extrahospitalarias dentro de las emergencias.
- 7.3.2 Organizar una red secundaria para el servicio de Emergencias, una red de personas voluntarias. Estarán entrenadas y preparadas para ayudar en las emergencias. No reemplazarán a la primera red, sino que le prestarán ayuda cuando resulte necesario.
- 7.3.3 Actualizar y poner en vigor el aplicativo extrahospitalario de paradas cardíacas PCEH, que está sin actualizar.

7.3.4 Poner en marcha el procedimiento para casos NBQR en sucesos con numerosas víctimas.

7.3.5 Estudiar la creación de un área de prevención para acontecimientos, competiciones deportivas, festivales y espectáculos.

#### **7.4 Desarrollar el proyecto Farmabide para la asistencia farmacéutica de los centros sociosanitarios**

7.4.1 Establecer un cronograma para 5 años que incluya los objetivos anuales.

7.4.2 Facilitar los programas informáticos y su interconexión, asegurando la dotación de personal trabajador asignado al proyecto.

#### **7.5 Comenzar a avanzar junto con las comunidades autónomas circundantes en la construcción de una co-gobernanza para crear una farmacia pública**

7.5.1 Fomentar la auto-gestión de los materiales básicos de mayor uso en el Sistema Sanitario Público, de los medicamentos considerados básicos por la Organización Mundial de la Salud y de los fármacos que se ven abocados a la rotura de stock.

#### **7.6 Ser eficientes en la infraestructura logística y en las compras del Sistema Público de Salud**

7.6.1 Mejorar los procedimientos para lograr la eficiencia en las compras.

7.6.2 Acordar nuestro modelo junto con el personal trabajador de los almacenes de Osakidetza para almacenaje y distribución de diversos materiales.

7.6.3 Repensar Osatek.

#### **7.7 Mejorar las infraestructuras para la formación**

7.7.1 Puesta en marcha de un centro de simulación de gestión mixta entre el Departamento de Salud y la EHU en cada territorio, en colaboración con los centros de investigación/tecnología, para la formación en altas y bajas tecnologías en las áreas formativas de salud. En función de la complejidad tecnológica, se descentralizará en las áreas formativas de los diferentes territorios de la CAPV.

## 8. Farmacia

### 8.1 Farmacia de Atención Primaria

El objetivo es garantizar la seguridad de los y las pacientes, mejorar la eficacia del tratamiento y promover un uso más adecuado de los recursos (evitando medicamentos innecesarios y optimizando los necesarios).

#### 8.1.1 Asignar Nuevas Responsabilidades clínicas a los equipos de farmacia de Atención Primaria:

- 8.1.1.1 Revisión integral de la medicación del y la paciente, entrevistas personalizadas para identificar problemas fármaco-terapéuticos y recomendaciones al personal médico u otros profesionales para optimizar el tratamiento.
- 8.1.1.2 Analizar la conciliación de los tratamientos de los y las pacientes.
- 8.1.1.3 Participar en la educación sanitaria resolviendo las dudas sobre la adherencia a los tratamientos, tanto del equipo sanitario como de las y los propios pacientes.

#### 8.1.2 Asignar la capacidad de cambiar las formas farmacéuticas de fármacos con mismo principio activo o prescribir opciones disponibles de las medicaciones en rotura de stock.

#### 8.1.3 Crear programas basados en la optimización del uso de antibióticos.

#### 8.1.4 Establecer el vínculo entre el farmacéutico hospitalario y el farmacéutico comunitario y garantizar la continuidad asistencial del paciente en las transiciones asistenciales.

### 8.2 Farmacias de las residencias (Sociosanitario)

#### 8.2.1 Ofertar el sistema Farmabide a todas las residencias.

- 8.2.1.1 Garantizar el apoyo a las residencias con personal Farmacéutico de Atención Primaria.

#### 8.2.2 Unificar el sistema informático para que el sistema utilizado en las residencias sea compatible con Presbide y evitar duplicidades.

### 8.3 Farmacia Hospitalaria

#### 8.3.1 Garantizar la continuidad de la atención farmacéutica durante todo el proceso asistencial. Atención transversal, integral e integrada a lo largo de todo el proceso asistencial del cuidado del y la paciente:

- Las farmacias del hospital se integrarán en los equipos asistenciales, contribuyendo al uso eficaz, seguro y eficiente de los medicamentos en cualquier nivel/zona.
- Implicar a los y las pacientes/cuidadoras en la toma de decisiones sobre los tratamientos, informando sobre los aspectos de continuidad, seguridad, adecuación y adherencia.

8.3.2 Potenciar el empoderamiento y la capacitación de la figura del personal Técnico de Farmacia (TF).

- Conseguir que los TF participen en los resultados obtenidos por los y las pacientes implicándose en las tareas asignadas.
- Preparar y capacitar a los TF en todas las áreas del servicio farmacéutico, especializándolos y completando su formación académica.

8.3.3 Analizar y planificar la transformación digital de la farmacia hospitalaria.

8.3.4 Promover la responsabilidad social corporativa alineándola con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

- Objetivos medioambientales
- Equidad/Pobreza
- Uso sostenible y eficiente

## IV BLOQUE

# Los ejes del sistema sanitario

1. Formación
2. Política de personas
3. Política lingüística
4. Público-privado



# 1. Formación

Las necesidades formativas del Sistema Público de Salud deben contemplarse desde una perspectiva global y muy interconectada con el conjunto del sistema educativo, universitario y no universitario.

Su objetivo debe dirigirse a garantizar que el Sistema Público de Salud esté dotado de los recursos profesionales necesarios, fomentando su formación y la mejora continua de sus habilidades, conocimientos y competencias adecuándolas a las necesidades de salud y sociales actuales y futuras.

## 1.1 El Sistema debe de garantizar el itinerario formativo de todas y todos los profesionales del Sistema Público de Salud

- 1.1.1 Definir y aprobar un plan docente que esté alineado con el Plan de Salud y demás estrategias y planes del Sistema de Salud.
- 1.1.2 Todas las OSI, servicios, o cualquier unidad con capacidad de gestión debe definir su propio itinerario formativo y asegurar su financiación.
- 1.1.3 El Sistema Público de Salud debe definir desde el principio y para cada perfil profesional las competencias, conocimientos, habilidades y aptitudes de cada puesto de trabajo.
- 1.1.4 El Sistema Público de Salud tiene que garantizar durante la trayectoria profesional la formación continua y actualización básica respecto a esas competencias definidas.
- 1.1.5 El contrato laboral deberá definir las horas de formación incluidas dentro de la jornada laboral.
- 1.1.6 La definición de este itinerario formativo va a requerir la revisión del modelo de carrera profesional.
- 1.1.7 Adecuar las metodologías de formación adaptándolas a las nuevas tecnologías, IA, realidades virtuales, centros de simulación de alta y baja definición.
- 1.1.8 Evaluar el funcionamiento de las becas y ayudas para cursos de posgrado, estancias y rotaciones, fomentándolas y valorar la introducción del tiempo “sabático”.

## 1.2 Garantizar que la Universidad sea un espacio que forma profesionales adaptados a la realidad y que respondan a las necesidades sociosanitarias del Sistema Público de Salud

- 1.2.1 En la Universidad garantizar la oferta de formación en euskera de las y los profesionales de Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y demás grados de Ciencias de la Salud.
- 1.2.2 Hacer realidad las facultades de Ciencias de la Salud. Crear espacios comunes entre grados de Ciencias de la Salud, espacios formativos comunes, para prácticas compartidas y en equipo, centros de simulación.

- 1.2.3 Ampliar el número de plazas de Enfermería en la EHU.
  - 1.2.4 Revisar el acceso al grado de Medicina para aumentar el ingreso del alumnado con interés y vocación. % nota responsable + entrevista.
  - 1.2.5 Transformar el plan docente de grado de Medicina.
    - 1.2.5.1 Adecuar a la realidad para que desde el primer año sea una docencia práctica e incorpore la visión de la Atención Primaria. Metodologías formativas basadas en problemas y casos.
    - 1.2.5.2 Dotar a los grados de Ciencias de la Salud (y prioritariamente el grado de Medicina) de una unidad de metodología docente y pedagogía.
    - 1.2.5.3 Poner en marcha una subcomisión específica en la comisión bilateral del Departamento de Salud con la EHU para que los estudios de Medicina sean más prácticos y adecuados a la realidad.
  - 1.2.6 Facilitar y hacer atractiva la carrera docente en la Universidad (especialmente el grado de Medicina) para los y las profesionales del Sistema Público de Salud.
    - 1.2.6.1 Revisar la normativa para captar profesionales de Medicina, en especial de Atención Primaria, para la enseñanza en la Universidad, puestos de responsabilidad y crear nuevas figuras en caso de necesidad.
    - 1.2.6.2 Acordar incentivos y medidas a tener en cuenta en el Desarrollo Profesional para garantizar profesionales tutores/as euskaldunes implicados para las prácticas de grado
    - 1.2.6.3 Tener una única línea en los estudios de Medicina de la EHU. Unificar las líneas de euskera y castellano.
  - 1.2.7 Garantizar una formación y docencia atractiva y de calidad en la formación posgrado.
  - 1.2.8 Analizar las dificultades para concertar plazas de Psicología para grados y master. Estas dificultades son mayores en la Universidad Pública, ya que no dispone de los recursos económicos de las privadas. La realización de las prácticas es un condicionante para obtener diferentes titulaciones, lo que limita el número de profesionales en formación.
- 1.3 Desde la enseñanza no universitaria formar profesionales adaptados a la realidad que respondan a las necesidades socio-sanitarias del Sistema Público de Salud**
- 1.3.1 Estudio de la situación actual de puestos con requisitos de título de grado superior. Definir un plan de necesidades.
  - 1.3.2 Diseñar e implantar enseñanzas de todas las categorías que, en colaboración con la Formación Profesional, quedan fuera de la formación de grado.
  - 1.3.3 En colaboración con el Departamento de Educación, adecuar los programas formativos a las necesidades actuales del Sistema Público de Salud.

## 1.4 Formación Sanitaria Especializada

- 1.4.1 Adquirir la competencia de la formación especializada. Merece la pena recordar que el artículo 16 del Estatuto de Gernika encomienda a las instituciones vascas “el cumplimiento de lo dispuesto en la Disposición Adicional Primera de la Constitución, es decir, dando continuidad a los derechos históricos del País Vasco en toda su extensión, niveles y grados, modalidades y especialidades”. Asimismo, en el ámbito de la sanidad interior, el artículo 18.1 del Estatuto de Gernika reconoce que el ejercicio de nuestra competencia deberá contemplar la cooperación con el Estado. Se coordinará con el Ministerio y con el resto de las Comunidades Autónomas.
- 1.4.2 Negociar con el Gobierno de España la reserva de un 53% de las plazas del MIR, EIR, PIR, etc. para aquellos que dominen las dos lenguas oficiales del País Vasco.
- 1.4.3 Realizar los pasos necesarios para la acreditación de unidades de formación de centros de salud de zonas rurales o centros de gran dispersión geográfica, para que las y los médicos que trabajan en consultorios y zonas rurales de pequeños municipios puedan formar a los residentes.
- 1.4.4 Ampliación de unidades formativas a hospitales comarcales, trabajando en red con los hospitales de tercer nivel.
- 1.4.5 Estudio de necesidades de especialidades y planificar el relevo generacional.
- 1.4.6 Acordar que la formación de especialidades de “escuela” pueda realizarse en el País Vasco en un centro acreditado. Esto comprende a en Medicina Preventiva y Salud Pública, Salud Laboral (Medicina y Enfermería). Este centro permitiría el acceso a la formación de masters y posgrados de SP a otras profesiones que en la actualidad no acceden a la FSE.
- 1.4.7 Revisar el acceso a Osakidetza regulado por las oposiciones para dar entrada a todos y todas las psicólogas que documenten su formación y experiencia en psicoterapia, valorando especialmente la formación en psicoterapia grupal, más acorde con la psicología comunitaria, y siendo una herramienta fundamental para mejorar las ratios de atención.
- 1.4.8 Analizar y revisar el sistema de acreditación de las super-especialidades y establecer itinerarios formativos a través de las áreas de capacitación avanzada.

## 1.5 Infraestructuras y financiación

- 1.5.1 Creación de una Escuela de Salud Pública y Administración Sanitaria de la CAPV en colaboración con la EHU.
- 1.5.2 Puesta en marcha de un centro de simulación de gestión mixta entre el Departamento de Salud y la EHU en cada territorio y en colaboración con los centros de investigación: tecnología para la formación en baja y alta tecnología de las diferentes áreas formativas de Salud. Dependiendo de su complejidad tecnológica, se descentralizará en las diferentes áreas formativas de los territorios de la CAPV.
- 1.5.3 Regular y canalizar la financiación de la industria farmacéutica y de tecnologías médicas, orientándola a los objetivos y líneas estratégicas del Sistema Público de Salud.

- 1.5.4 Regular el sistema de patrocinio de la industria.
- 1.5.5 Regular y ser estrictos ante conflictos de interés de los y las profesionales del Sistema Público de Salud.

## **1.6 Ordenar e incentivar la docencia**

- 1.6.1 Revisar la normativa para captar profesionales de Medicina, en especial de Atención Primaria, para la enseñanza en la Universidad, puestos de responsabilidad y crear nuevas figuras en caso de necesidad.
- 1.6.2 Acordar incentivos y medidas a tener en cuenta en el Desarrollo Profesional para garantizar tutores y tutoras euskaldunes.
- 1.6.3 Potenciar e incentivar las tutorías de la FSE. Contemplarlas dentro de la jornada laboral.
- 1.6.4 Potenciar e incentivar la participación como docentes en la formación continuada, con prioridad especial a los y las profesionales de Atención Primaria.
- 1.6.5 La formación mediante simulación requiere esfuerzos y dedicación importante, además de estar sustentada en la participación de equipos (comités docentes) que precisan tiempo.

## 2. Política de personal

### 2.1 Adaptación a los nuevos tiempos de las normas sobre las que se basan las condiciones laborales del personal para garantizar una atención sanitaria de calidad

- 2.1.1 Renovación del Decreto 186/2005 sobre puestos de trabajo funcionales de Osakidetza para que sea una herramienta flexible y eficaz que responda a las necesidades de la sociedad de manera continua.
- 2.1.2 Actualización del convenio laboral, que no se ha renovado desde 2009.
- 2.1.3 Modificación de la gestión para lograr un funcionamiento eficiente de las listas de contratación.
- 2.1.4 Incentivar la permanencia en puestos de trabajo de difícil cobertura con el fin de reducir la movilidad y garantizar la longitudinalidad.

### 2.2 Modificación del modelo y de la gestión de las OPE para lograr una gestión eficiente, eficaz y rápida

- 2.2.1 Establecer un único examen para el personal del Sistema Público de Salud en su recorrido profesional. Realizar un único examen será suficiente en la vida laboral y la nota se guardará para próximas OPE. Si de manera voluntaria la persona interesada quiere realizar el examen y mejorar la nota, lo podrá hacer.
- 2.2.2 Se replanteará y automatizará un modelo de gestión para una gestión más eficiente de las OPE.

### 2.3 Garantizar un dimensionamiento adecuado de Osakidetza

- 2.3.1 Se tendrá en cuenta la plantilla funcional, no la plantilla estructural, de cara a la planificación de la gestión del personal.
- 2.3.2 Unificaremos las plantillas estructural y funcional –diaria– para que Osakidetza tenga una única plantilla transparente y ordenada, actuar de manera totalmente transparente con la ciudadanía y hacer una gestión más eficiente.
- 2.3.3 Creación de un comité (puede ser el comité de empresa) en todas y cada una de las OSI, junto con la dirección de la OSI correspondiente, para identificar los puestos de trabajo que carecen de código y determinar las necesidades existentes, así como para que en cada OSI se decida y se acuerde cuántos profesionales sanitarios –de todas las categorías– se precisan.
- 2.3.4 Se debe realizar una comparativa entre el número de profesionales y las funciones de las OSI a fin de garantizar la equidad de la atención sanitaria entre la ciudadanía, realizando para ello un análisis de la actividad y de la carga de trabajo de los y las profesionales.
- 2.3.5 Se avanzará de cara a garantizar la perspectiva biopsicosocial en la integración en Osakidetza de las profesiones que hasta ahora son escasas o inexistentes.

## **2.4 Atraer el personal sanitario al Sistema Público de Salud, retenerlo y mantenerlo priorizando la Atención Primaria**

- 2.4.1 Se modificará la vigente política de contratación. Se ofrecerán puestos de trabajo estables y de larga duración. Las horas de formación –itinerario formativo oficial del Sistema Sanitario Público– se incluirán dentro de los contratos laborales. Asimismo, se garantizarán las horas de investigación dentro de la jornada laboral.
- 2.4.2 Se dará prioridad a la transformación del modelo de contratación de Atención Primaria y el nuevo modelo deberá garantizar la longitudinalidad. Además de los contratos que posibilitarán cobrar más en los centros de salud o consultorios de Atención Primaria de las zonas rurales y de pequeñas localidades muy dispersas, se ofrecerán también incentivos (en puntuación, en conciliación, en flexibilidad de los horarios y las jornadas...) y se establecerán a su vez medidas de ese tipo para su desarrollo profesional.
- 2.4.3 Se unificará, simplificará y gestionará con transparencia la nómina para asegurar la equidad de los empleados de todas las OSI.

## **2.5 Planificar el relevo generacional**

- 2.5.1 Se elaborarán cada 5 años planes de personal transparentes y públicos que incluirán medidas que prevean y planifiquen las jubilaciones.
- 2.5.2 Los y las residentes que ejerzan en el Sistema Público de Salud recibirán (al igual que el resto de profesionales) una oferta contractual atractiva, mediante contratos estratégicos cuando vayan a finalizar su recorrido formativo con condiciones dignas de descanso e incentivos salariales, además de otro tipo de incentivos.

## **2.6 Atraer a profesionales que trabajan en otros sistemas de salud**

- 2.6.1 Osakidetza tendrá en cuenta la experiencia laboral de los y las profesionales que trabajan en el sistema privado para las contrataciones y las OPE, siguiendo el modelo de Educación y de modo pactado en la Mesa Sectorial de Osakidetza.
- 2.6.2 Osakidetza configurará contratos laborales que adscriban profesionales a un área de trabajo de una especialidad, para que de ese modo se promueva la profesionalización, el conocimiento y la calidad de la atención sanitaria.
- 2.6.3 Se formarán equipos interdisciplinarios desarrollando la cultura del trabajo en equipo al objeto de transformar la cultura de servicios en vigor hasta ahora. Para ello se fomentará el trabajo por procesos, para los que se fijarán indicadores. Como ejemplo de ello contamos con Bihotzez, puesto en marcha hace unos años.

## **2.7 Promover buenas prácticas y buena gestión para garantizar una atención de calidad al paciente**

- 2.7.1 Se definirá de manera transparente la jornada laboral, las funciones y actividad del personal que ejerce en el Sistema Público de Salud y se establecerán los mecanismos para hacerla cumplir.
- 2.7.2 Se eliminarán las conductas del personal que no cumpla sus horas tanto en centros de salud como en hospitales, así como las praxis por las que se contabilizan descansos en la red pública derivados de horas de trabajo en la privada.
- 2.7.3 Con el objeto de reducir la autoconcertación para mejorar el rendimiento de las infraestructuras que disponemos en Osakidetza, se corregirán las praxis inapropiadas en vigor; se identificarán las necesidades para el redimensionamiento de la plantilla a fin de normalizar en los hospitales los turnos de tarde.
- 2.7.4 Los y las profesionales que tengan responsabilidades en Osakidetza ejercerán de manera exclusiva en el sistema público de salud. El personal de Osakidetza estará sujeto, al igual que el resto de trabajadores que ejercen en la Función Pública, a la normativa de incompatibilidades. Para que se pueda avanzar en ese sentido, realizaremos un estudio que nos permita contar con un registro de los y las profesionales que ejercen al mismo tiempo en ambos sistemas y estableceremos mecanismos para eliminar las derivaciones que hacen desde su ejercicio público al privado y suprimir el uso de recursos públicos en el sistema privado.

## **2.8 Establecer condiciones laborales atractivas para la plantilla del Instituto Vasco de Salud Pública**

- 2.8.1 Evitar la brecha con el personal de Osakidetza, equiparando las condiciones laborales.
- 2.8.2 Se analizará el sistema de guardias (alertas sanitarias) del personal del Instituto Vasco de Salud Pública.
- 2.8.3 Completar los equipos multidisciplinares en las estructuras comarcales del Instituto de Salud Pública, paralelas a las OSI, para el desarrollo de la promoción de la salud y la salud comunitaria a nivel local, dando soporte técnico tanto a los servicios sanitarios de primer nivel como a los municipales y los servicios de orientación. Dichos equipos se completarán con los siguientes perfiles: fisioterapeutas, personal trabajador social, de terapia ocupacional, nutricionistas, CAFyD, psicología, enfermería comunitaria.

## 3. Política lingüística

### 3.1 Formar personal sanitario que sea capaz de ofrecer y dar una atención sanitaria de calidad

- 3.1.1 Garantizar la oferta universitaria para formar en euskera profesionales de Medicina, Psicología, Enfermería y demás áreas de la salud.
- 3.1.2 Unificar las dos líneas de Medicina: euskara y la de castellano. Modelo o línea única, plurilingüe, en inglés, euskera y castellano.
- 3.1.3 Lograr la competencia de la gestión de la formación posgrado de las y los médicos residentes y, en general, de los y las profesionales de la salud.
- 3.1.4 Crear una academia euskaldun para preparar el examen MIR en colaboración con el Colegio de Médicos, la EHU y el resto de universidades. Estudiar también la posibilidad de instaurar el examen en euskera.
- 3.1.5 Reservar el 53 % de las plazas MIR para quienes dominen los dos idiomas oficiales de Hego Euskal Herria, negociándolo con Madrid.
- 3.1.6 Acordar incentivos y medidas que se tengan en cuenta en el desarrollo profesional para garantizar tutores y tutoras euskaldunes.

### 3.2 Asegurar la formación continua del personal

- 3.2.1 Oferta de cursos de euskera en horas de trabajo y fuera de ellas, con flexibilidad, gratuitas y con corresponsabilidad social.
- 3.2.2 Establecer protocolos de acogida que tengan en cuenta el euskera en todo el Sistema Público de Salud y en todas las OSI para que las actitudes respecto a las personas euskaldunes y al euskera sean adecuadas.
- 3.2.3 Asegurar una formación continua para remarcar la importancia de la lengua y del euskera en la formación sanitaria, dentro del itinerario formativo oficial. Cursos tanto presenciales como online.
- 3.2.4 Tener en cuenta el euskera en el desarrollo profesional ofreciendo incentivos para quien asegure la atención sanitaria en euskera.

### 3.3 Historia Clínica en euskera

- 3.3.1 Garantizar al personal el pleno derecho a trabajar en euskera. Adaptar los recursos jurídicos, los técnicos y los códigos éticos para posibilitar, promocionar e impulsar que la historia clínica se desarrolle en euskera.

- 3.3.2 Reconocer el derecho lingüístico fundamental de cada paciente, garantizando su derecho a tener su historia clínica en euskera.
- 3.3.3 Disponer los recursos para garantizar su seguridad clínica.
- 3.3.4 Garantizar en las dos lenguas oficiales todas las aplicaciones y toda la documentación que resulten necesarias para trabajar, así como toda la documentación dirigida a los y las pacientes.
- 3.3.5 En línea con la estrategia de los valores de Osakidetza, y al objeto de medir los resultados de la atención que se ofrece, se deberán utilizar los cuestionarios PREM y PROM de manera progresiva. Para ello se deberán validar en euskera antes de que sean fijados.

### **3.4 Incorporar la organización de la política lingüística de manera eficiente en la estructura de Osakidetza**

- 3.4.1 Crearemos la Dirección de Política Lingüística, al margen y de manera independiente a la de Recursos Humanos, incluida dentro de la Dirección General.
- 3.4.2 Cada herrialde contará con una Dirección de Política Lingüística.
- 3.4.3 Contaremos con técnicos de euskera en cada OSI.
- 3.4.4 Se repensarán los objetivos, el desarrollo, las bases y la evaluación del Plan de Euskera. En adelante, los Planes de Euskera estarán basados en la evidencia y tendrán como objetivo a las personas para garantizar atención de calidad y equitativa, y se tendrá en cuenta la disposición, la estructuración y el entorno social de la organización.

### **3.5 Una política lingüística eficaz, eficiente y económicamente sostenible**

- 3.5.1 Se deben conocer y acreditar las dos lenguas oficiales.
- 3.5.2 Se concederán exenciones provisionales, es decir, un plazo para que las y los trabajadores obtengan el perfil lingüístico.
- 3.5.3 Se concederán exenciones definitivas, si así se acuerda, por vía reglamentaria para diferentes puestos de trabajo, exenciones para dispensar la atención sanitaria tanto en euskera como en castellano.

### **3.6 Garantizar a cada paciente el derecho a recibir atención sanitaria de calidad y equitativa**

- 3.6.1 Osakidetza debe dar respuesta a las necesidades comunicativas lingüísticas de cualquier persona usuaria, cualesquiera que sean esas necesidades.
- 3.6.2 Asegurar una oferta activa en todos los niveles de atención a las y los pacientes. Todos los servicios del sistema sanitario público están obligados a garantizar el servicio en la lengua oficial elegida por cada paciente. En ningún caso lo deberá solicitar el o la paciente, siempre deberá serle ofrecido.

- 3.6.3 El uso del euskera deberá ser evaluado, medido, en cada servicio de la OSI. La evaluación no se limitará al perfil lingüístico, lo que se deberá medir será principalmente la atención que se presta en euskera.
- 3.6.4 Establecer los estándares clínicos para garantizar la atención sanitaria en euskera/castellano más allá del área administrativa.
- 3.6.5 El registro preferente de cada paciente será un procedimiento continuo, mediante una oferta activa continua. El personal deberá recibir formación específica para ello.
- 3.6.6 Osakidetza llevará a cabo el seguimiento de la atención en euskera mediante el Servicio de Euskera y junto con otras organizaciones y agentes, al objeto de garantizar a todos los pacientes una atención de calidad y equitativa.
- 3.6.7 Se garantizará la participación de las y los pacientes en la planificación y el seguimiento de la política lingüística.
- 3.6.8 Se asegurarán en versión bilingüe todos los estudios que impliquen a los pacientes. El Departamento de Salud deberá establecer un protocolo aplicable a todos los proyectos de investigación que incluye en su actuación, a fin de garantizar la presencia de las lenguas oficiales y evitar exclusiones.

## 4. Relación público-privada

### 4.1 Establecer un control público de la ciudadanía para controlar el gasto en salud. Mejorar la transparencia y la rendición de cuentas sobre el gasto sanitario en relación a los servicios concertados y/o externalizados por el Departamento de Sanidad y Osakidetza

- 4.1.1 Facilitar el acceso de la ciudadanía al portal de datos abiertos y promover auditorías para la puesta a disposición de la información a través de la sociedad civil.
- 4.1.2 Definir un sistema de medición y evaluación accesible y transparente consensuado con la Comisión de Salud del Parlamento, para informar a la ciudadanía de dónde, cuánto y cómo se gasta en el Sistema Público de Salud.
- 4.1.3 Realizar un mapa diagnóstico inicial para conocer el volumen, características, impacto económico y asistencial de los servicios que tenemos concertados y externalizados en el Sistema Sanitario Público.
- 4.1.4 Establecer criterios y procesos de justificación transparentes, de obligado cumplimiento y públicos ante la Comisión de Salud del Parlamento con la colaboración del Tribunal Vasco de Cuentas para poder concertar servicios asistenciales.
- 4.1.5 Cada seis meses las direcciones de las OSI y JUAP darán cuenta ante la ciudadanía y escucharán las demandas y preocupaciones de la misma.

### 4.2 Diseño de un plan a medio plazo que permita la sustitución progresiva de la prestación privada de servicios estructurales mediante su provisión directa a través de Osakidetza, especialmente en aquellos casos en los que ya existe una oferta pública equivalente en alguna de las OSI

- 4.2.1 Con carácter prioritario y urgente publicar la OSI de Tolosaldea en su totalidad. Publicar toda la cartera de servicios de la OSI Tolosaldea.
- 4.2.2 Publicar la gestión de todos los servicios que ofrecen Atención Sanitaria:
  - 4.2.2.1 Publicación de la OSI Emergentziak en su totalidad. Integrando en su seno el Transporte Sanitario Programado. Acordaremos un cronograma y un plan de publicación del Transporte Sanitario Programado.
  - 4.2.2.2 Servicio de Urgencias Domiciliarias.
  - 4.2.2.3 Dejar de derivar a la privada la cirugía cardíaca y hemodinámica de las y los pacientes de Gipuzkoa.
  - 4.2.2.4 Publicaremos el Servicio de Psicología de Cuidados Paliativos.
  - 4.2.2.5 Realizar un estudio para la publicación de los recursos externalizados de Salud Mental.
- 4.2.3 Realizaremos una auditoría para analizar todos los contratos de las OSI, Centrales y del Departamento de Salud.

- 4.3 Revisar los servicios concertados o externalizados que se repiten o tengan un alto impacto económico, aplicando criterios de eficiencia, equidad, accesibilidad y continuidad asistencial, para corregir o suspender los contratos que el sistema público pueda asumir en condiciones similares o más favorables, en términos de coste sanitario y resultados**
- 4.4 Reforzar los mecanismos de transparencia y control de la actividad de las empresas privadas en Osakidetza, estableciendo procedimientos eficaces de supervisión, denuncia y sanción y, en su caso, exclusión de la contratación pública frente a incumplimientos graves o reiterados**
- 4.5 Recuperar la confianza de la ciudadanía en el Sistema Público de Salud**
  - 4.5.1 Las y los profesionales que tengan responsabilidades en Osakidetza ejercerán de manera exclusiva en el Sistema Público de Salud. Asimismo, se analizará la situación del resto de profesionales a fin de avanzar en el cumplimiento de la normativa de incompatibilidades, al igual que el resto del personal al servicio de la función pública. En este sentido, se realizará un análisis para disponer de un registro de profesionales que operen simultáneamente en el sistema público y privado. Se establecerán mecanismos para la eliminación de las derivaciones que ellos realicen de la actividad pública a la privada, así como para la eliminación del uso de los recursos públicos en el sistema privado.
  - 4.5.2 Revisar la legislación sobre la posibilidad de asumir responsabilidades en la empresa privada sanitaria por parte de autoridades del Sistema Público de Salud una vez finalizado su mandato.
  - 4.5.3 Campañas de difusión y sesiones formativas sobre el Sistema Público de Salud en los medios públicos de la CAPV.
  - 4.5.4 Elaborar y definir las estrategias y planes del Departamento de Salud y de Osakidetza con personal, responsables y personas usuarias del Sistema Público de Salud, dejando al margen a las empresas externas.
- 4.6 Establecer medidas para limitar el impacto de la industria farmacéutica y las tecnologías sanitarias en la toma de decisiones clínicas, formativas y de gestión en Osakidetza, garantizando la independencia profesional, la transparencia de las relaciones institucionales y la prevención de conflictos de interés**
- 4.7 Implementar medidas para impulsar buenas prácticas**
  - 4.7.1 Diseño y desarrollo de incentivos para el personal implicado y que participe y/o lidere equipos de mejora, en la implantación de buenas prácticas.
  - 4.7.2 Definir con transparencia la jornada de trabajo del personal de Osakidetza e implementar los mecanismos de ejecución.
  - 4.7.3 Poner fin a las prácticas de aquellos trabajadores y trabajadoras que no cumplen sus horas de trabajo en centros o hospitales públicos.

- 4.7.4 Establecer medidas de control para la no utilización de recursos públicos en la privada y, a la vez, evitar derivaciones interesadas.
- 4.7.5 Regular y canalizar la financiación de la industria farmacéutica y de tecnología médicas, orientándola a los objetivos y líneas estratégicas del sistema Público de Salud.

#### **4.8 Ganar eficiencia en la gestión**

- 4.8.1 Corregir las praxis inadecuadas vigentes para mejorar el rendimiento de las infraestructuras que tenemos en Osakidetza para reducir la autoconcertación. Asimismo, identificando las necesidades para el redimensionamiento de la plantilla para la normalización de turnos de tarde en los hospitales.
- 4.8.2 Hacer cumplir las condiciones técnicas y económicas de los contratos.



# Líneas específicas

1. Cuidados paliativos y final de la vida
2. Oncología
3. Enfermedades neurodegenerativas
4. Enfermedades raras
5. Enfermedades cardiovasculares
6. Crónicos
7. Sociosanitario



# 1. Cuidados paliativos y final de la vida

## 1.1 Garantizar los derechos de todas las personas en el proceso final de la vida

- 1.1.1 Inclusión y desarrollo de servicios en la cartera de prestaciones socio-sanitarias del sistema, para el cumplimiento de las leyes 11/2016, de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida, y 3/2021, de Regulación de la Eutanasia; del Decreto 9/2024, que regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas, y del Plan de Cuidados Paliativos.
- 1.1.2 Acreditar que las unidades de cuidados paliativos y las de hospitalización domiciliaria cumplen los criterios para considerarse unidades específicas interdisciplinarias en toda la CAV.
- 1.1.3 Dar a conocer y promover el derecho de la ciudadanía a elaborar un plan personalizado de cuidados paliativos. También de las personas institucionalizadas (mayores, discapacidad...) desde un abordaje integral y la planificación compartida de los cuidados en el final de la vida.
- 1.1.4 Conformar un consejo integrado por diferentes profesionales y agentes del sector para el seguimiento del cumplimiento de los derechos, obligaciones y prestaciones recogidos en la legislación, normativas y planes derivadas de las mismas.

## 1.2 Conocer la situación de la calidad en el final de vida en la CAV

- 1.2.1 Crear el Observatorio de la Muerte Digna.
- 1.2.2 Definir un sistema de evaluación con indicadores, orientado a la recogida de datos y a la mejora continuada (cuadro de mando).
- 1.2.3 Exigir el cumplimiento de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida, en cuanto al informe que se debe publicar cada dos años. El único informe publicado lo fue con fecha de febrero de 2019.

## 1.3 Garantizar la formación en el final de la vida de las y los profesionales de Atención Primaria, Especializada y Residencias, incluyendo información sobre todos los derechos de las personas en esa etapa de su vida

- 1.3.1 Plan de formación obligatorio para cada nivel.
- 1.3.2 Plan de formación continuado para nuevas incorporaciones y para personal sanitario interesado en profundizar en el tema.

- 1.3.3 Conseguir que el personal profesional transmita a las y los pacientes con enfermedades avanzadas, y a sus familias, los derechos que les asisten al final de la vida, incluyendo la posibilidad de la eutanasia cuando se trate de enfermedades terminales o crónicas que provoquen gran discapacidad o altos niveles de sufrimiento, y que se respeten las decisiones que adopten.
- 1.3.4 Plan de sensibilización y formación.
- 1.3.5 Formar al personal que en estos momentos trabaja en empresas contratadas por Osakidetza en los avisos a domicilio fuera del horario de Atención Primaria.
- 1.3.6 Elaboración de documentación informativa y presencia de esa información en lugares públicos y privados relacionados con la asistencia sanitaria y socio-sanitaria.
- 1.3.7 Establecer el reconocimiento de la dependencia en plazos adecuados, planificar en tiempo los cuidados necesarios e informar de las ayudas y beneficios.

#### **1.4 Empoderar a la ciudadanía sobre sus derechos al final de la vida**

- 1.4.1 Campañas de información y sensibilización de carácter periódico.
- 1.4.2 Eliminar la lista de espera para la elaboración y registro de los Documentos de Voluntades Anticipadas.
- 1.4.3 Establecer procedimientos para conocer la situación sanitaria de las personas ingresadas en residencias de tercera edad privadas o/y concertadas, además de en hospitales y en sus hogares.
- 1.4.4 Conocida la situación de partida en los centros sanitarios y sociosanitarios, establecer objetivos de mejora.
- 1.4.5 Garantizar el acceso a la sedación paliativa las 24-7-365, y en todos los espacios en las que se pueda encontrar la persona que necesita acceder a la misma.

#### **1.5 Conseguir que el final de la vida se produzca en el lugar de elección de las personas, en las condiciones de atención sanitaria elegidas (con tratamientos paliativos, eutanasia...) y acompañadas por personas de su confianza (familiares y/o allegados), tanto en centros sanitarios, como sociosanitarios y hogares**

- 1.5.1 Inspecciones para conocer cómo mueren las personas en las residencias de mayores.
- 1.5.2 Conocida la situación de partida, establecer objetivos de mejora.

#### **1.6 Mejorar el proceso de eutanasia**

- 1.6.1 Disponer de una unidad técnico-administrativa para la atención a la ciudadanía, gestión de peticiones, resolución de problemas y apoyo a la Comisión de Garantías y Evaluación.
- 1.6.2 Garantizar un registro de las peticiones de eutanasia antes de encontrar médico responsable.

**1.7 Apoyo a la familia y a las personas cuidadoras**

- 1.7.1 Implementar programas de atención al duelo y disponer de recursos psicológicos para la atención al duelo patológico.
- 1.7.2 Trabajar el duelo en los centros educativos.

**1.8 Mejora y mayor dotación de recursos sociosanitarios**

- 1.8.1 Poner fin a la externalización del recurso de psicología (el convenio con la Caixa).
- 1.8.2 Diseñar un calendario para la reversión del servicio a domicilio que está externalizada fuera del horario de Atención Primaria.
- 1.8.3 En los hospitales aumentar la plantilla de psico-oncología para poder dar cobertura a las y los pacientes paliativos en general.
- 1.8.4 Aumentar la dotación y formación con personal de cuidados paliativos pediátricos en los tres territorios para garantizar la equidad a la población

## 2. Oncología

### 2.1 Asegurar una atención personalizada a las y los pacientes oncológicos

- 2.1.1 Desarrollar planes personales oncológicos basados en la planificación compartida de la atención, que respeten los valores y las decisiones de las personas permitiendo tomar decisiones informadas sobre su atención abordando sus necesidades emocionales, psicológicas espirituales y sociales.
- 2.1.2 Definir una única persona de referencia acordado con la paciente y el equipo multidisciplinar, que centralice los diferentes procesos y acompañe al paciente a lo largo de todo el camino. Para ello dotando de personal de enfermería estable y referencial al proceso.
- 2.1.3 Trabajar la comunicación empática y de calidad entre profesionales acerca de las y los pacientes y entre profesionales y pacientes.
- 2.1.4 Establecer una figura para liderar e implementar el Plan Oncológico.

### 2.2 Garantizar un modelo de atención integral y multidisciplinar para las y los pacientes oncológicos

- 2.2.1 Incorporar nuevos perfiles profesionales en la atención a pacientes oncológicos tales como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, para asegurar una asistencia biopsicosocial.
- 2.2.2 Definir rutas asistenciales incluyendo todas las fases del proceso oncológico desde el diagnóstico, tratamiento y los seguimientos, e incluyendo el final de la vida si es preciso implicando asimismo a los equipos de cuidados paliativos.
- 2.2.3 Integrar la pre-rehabilitación y rehabilitación en las personas con cáncer.
- 2.2.4 Incorporar la visión y experiencia del paciente que ha superado el cáncer.

### 2.3 Establecer sistemas de coordinación entre diferentes niveles asistenciales y entre diferentes especialidades

- 2.3.1 Homogeneizar los circuitos Minbizia en todas las OSIs y ampliar dichos circuitos para otras neoplasias para mejorar la derivación desde AP.
- 2.3.2 Identificar y definir las diferentes especialidades que intervienen en cada proceso asistencial para mejorar la coordinación (radiología, cirugía, anatomía patológica etc).

## **2.4 Establecer sistemas de coordinación interinstitucionales**

- 2.4.1 Analizar en cada proceso asistencial la inclusión de representantes de otras instituciones: salud laboral, berritzeguneak, etc.
- 2.4.2 Revisión de la composición del Consejo Asesor.

## **2.5 Diseñar programas de promoción y trabajo comunitario**

- 2.5.1 Salud Pública contará con equipos multidisciplinares para cumplir con su actividad de promoción de la salud y articulará redes para trabajar de manera colectiva con la ciudadanía, mediante servicios de orientación a nivel municipal.
- 2.5.2 Teniendo en cuenta las conclusiones de la evaluación del Plan Oncológico 2018-2023, profundizar el trabajo desde los determinantes socio-económicos, ambientales. La equidad en la salud.

## **2.6 Programas de cribado de cáncer**

- 2.6.1 Los programas de cribado se incorporarán a la Cartera de Servicios de Salud Pública y se dotarán de los recursos necesarios para la evaluación de los programas ya establecidos y la puesta en marcha de nuevos programas.
- 2.6.2 Los programas de cribado se basarán en la mejor evidencia disponible y con criterios de eficiencia y periódicamente se valorará la pertinencia de la continuidad de todos los programas.

## **2.7 Líneas específicas de atención al cáncer infantil y adolescente**

- 2.7.1 Adecuación y mejora de las infraestructuras hospitalarias para proporcionar espacios adecuados a los niños, niñas y adolescentes tratados y a sus familias: sala de espera, hospital de día, zonas de esparcimiento y aulas individuales.
- 2.7.2 Elaborar protocolos de información y procesos relacionados con los tratamientos que permitan la participación activa de la familia en el tratamiento y cuidado del menor, en colaboración con el equipo sanitario. Asimismo, diseñar protocolos de intervención y formación en esta dirección, cuidados paliativos y duelo para facilitar el trabajo de los equipos sanitarios.
- 2.7.3 Crear la Unidad Conjunta de Investigación Clínica en Cáncer Infantil.

## **2.8 Profundizar en la formación e investigación**

- 2.8.1 Organizar y definir la secuenciación de tumores. Construir un único centro fuerte de referencia en la CAPV, de acuerdo con las exigencias europeas. En este momento, existe una colisión entre los hospitales de Donostia y Cruces. Superar la situación de choque y abrir el camino a la colaboración uniendo ambos en una unidad.
- 2.8.2 Promover, si estuvieran de acuerdo, la colaboración con el Hospital Clinic de Barcelona en el desarrollo de los CAR académicos. El Clinic cuenta con el permiso de EMA en el CAR académico.

- 2.8.3 Definir y desarrollar una infraestructura sólida para los ensayos clínicos. Con sus tres fases, con el fin de desarrollar una estrategia que impulse y nos ayude en el ahorro farmacéutico. Todo esto no se puede basar en la voluntad de las y los profesionales; Osakidetza necesita una estrategia.

## **2.9 Sistemas de información y evaluación**

- 2.9.1 Identificar en Osabide el proceso oncológico incluyendo el proceso farmacoterapéutico (Onkobide), e incorporar herramientas para poder valorar la calidad de vida de las personas que están en el proceso o hayan finalizado.
- 2.9.2 Integrar el registro poblacional de cáncer y el registro de los hospitales, preservando las peculiaridades de cada uno y homogeneizado la recogida sistemática de los datos necesarios en ambos registros.
- 2.9.3 Implementar en el cuadro de mando las conclusiones de la evaluación del Plan 2018-2023. Implementar indicadores más instrumentales y de proceso. Evaluar la eficacia de las actividades y el logro de los objetivos - resultados e impactos estadísticos- sobre la salud, el bienestar y su valor en la calidad de vida.
- 2.9.4 La evaluación del Plan 2018-2023 pone el acento en la necesidad de profundizar la atención en algunos colectivos, en sus necesidades y actividades: adolescentes, personas mayores y personas con larga duración de vida.

## **2.10 Colaboración con asociaciones de pacientes y familias organizadas en torno al cáncer**

- 2.10.1 Poner en contacto a la ciudadanía que está relacionada de alguna manera con los procesos oncológicos (pacientes, familias, cuidadores, etc.) con las asociaciones por parte de los y las profesionales.
- 2.10.2 Se buscará la participación activa de las asociaciones en el diseño, evaluación y desarrollo de planes oncológicos para recoger sus experiencias y vivencias con el fin de mejorar la vigilancia de la salud, el diagnóstico, el cuidado.

## 3. Enfermedades neurodegenerativas

### 3.1 Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades neurodegenerativas y la de sus familias

- 3.1.1 Agilizar el proceso de reconocimiento de la valoración de la dependencia y la discapacidad de las enfermedades neurodegenerativas y hacerlo de un modo rápido y eficaz.
- 3.1.2 Designar una única persona de referencia para el seguimiento durante todo el proceso. La persona referente se encargará entre otras cosas de informar a las personas afectadas y sus familias de los derechos que les corresponden, de las ayudas disponibles etc., y de ofrecer ayuda psicológica en los casos en los que resulte necesario.
- 3.1.3 Garantizar la continuidad del cuidado del paciente. El trabajador o trabajadora social del centro de salud junto con el personal de enfermería identificarán a las personas afectadas y establecerán un cronograma para el seguimiento y apoyo analizando la situación sociosanitaria, a fin de recoger los riesgos potenciales existentes, y de planificar y ofrecer las ayudas necesarias.

### 3.2 Articular la red comunitaria para el cuidado y promoción de la salud en la que se integren personas en situación de vulnerabilidad

- 3.2.1 Crear un modelo continuo de formación para fomentar las capacidades, la comprensión y la colaboración de todos los y las profesionales que trabajan en Salud Comunitaria (Osakidetza, Salud Pública, Ayuntamientos, Diputaciones, otras instituciones). Formando también a la población para el impulso de la integración y la convivencia de todas las personas.
- 3.2.2 Servicios de Orientación municipales, con colectivos y asociaciones para la promoción de la salud, en todos los ámbitos desde el barrio, municipio, y distintas instancias, trabajando desde los determinantes de la salud, incorporando la salud en todas las políticas y construyendo entornos saludables que reduzcan y eviten las desigualdades en la salud.
- 3.2.3 Impulsar la colaboración con las asociaciones y la prescripción social. Que todas las y los profesionales implicados en el cuidado de las personas con enfermedades neurodegenerativas conozcan los diferentes agentes comunitarios que trabajan en relación a las enfermedades neurodegenerativas y puedan derivar hacia éstas.

### 3.3 Fortalecer las herramientas y mejorar los procesos y accesibilidad para el diagnóstico

- 3.3.1 Dar mayor importancia e implementar horas de investigación en horario laboral, creando un modelo que combine servicio e investigación (médico investigadora).

- 3.3.2 Crear grupos interdisciplinarios expertos y experimentados en el análisis genético para identificar las dificultades, brechas y retos existentes en el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas, y para proponer mejoras.
- 3.3.3 Crear el Banco Público de Euskadi de análisis genético para uso asistencial e investigación, al objeto de llevar el control genómico de las y los pacientes.

### **3.4 Mejorar el tratamiento de las personas con enfermedades neurodegenerativas**

- 3.4.1 Aunque no exista cura, garantizar tratamientos y terapias de mejora de la calidad de vida de personas que sufren una enfermedad neurodegenerativa.
- 3.4.2 Mejorar los circuitos asistenciales y la coordinación entre atención primaria, atención especializada y centros de referencia.
- 3.4.3 Regular la aportación que las farmacéuticas realizan a la sociedad, publicar el conocimiento y garantizar el retorno social.
- 3.4.4 Realizar un posicionamiento terapéutico eficaz y ágil basado en la mejor evidencia científica utilizable o en una guía de pruebas y prácticas clínicas u otras fuentes secundarias.

### **3.5 Implementar y desarrollar una atención sociosanitaria bien estructurada**

- 3.5.1 Para responder a las necesidades de las personas y las familias, mejorar la coordinación entre Osakidetza, diputaciones, servicios sociales y educación, intentando seguir el modelo de la atención temprana.
- 3.5.2 Mejorar circuitos asistenciales en el área de la salud entre la atención primaria, la atención especializada y los centros de referencia, así como la coordinación con los hospitales de referencia.
- 3.5.3 Cuidados a lo largo de la vida, garantizando salud bucodental, fisioterapia, enfermería, podología.
- 3.5.4 Fortalecer los Servicio de Atención Domiciliaria.
- 3.5.5 Facilitar la adquisición de ayudas técnicas.

## 4. Enfermedades raras

Nuestro principal objetivo es organizar un cuidado que garantice la atención integrada, humanizada y adecuada a las personas con enfermedades raras y a sus familias, garantizando una buena atención y una buena calidad de vida.

### 4.1 Participación de los y las pacientes y sus familias

- 4.1.1 Garantizar la participación del o de la paciente y de sus familias en el diseño, la implementación y la evaluación de la estrategia de las enfermedades raras.
- 4.1.2 Incluir diversas representaciones de las pacientes y/o sus familias en el consejo asesor de enfermedades raras.
- 4.1.3 Establecer sistemas informativos de cara a la estrategia de enfermedades raras y realizar el seguimiento compartido del nivel de cumplimiento junto con las personas afectadas y sus familias.

### 4.2 Construir un sistema integrado en el que actuarán en colaboración todos los agentes e instituciones implicadas en la atención de las enfermedades raras

- 4.2.1 Para responder a las necesidades de las personas y sus familias, y para garantizar la coordinación entre el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, los servicios sociales de las diputaciones y los ayuntamientos, siguiendo el modelo de atención temprana.
- 4.2.2 Ese grupo de coordinación incluirá también a otros organismos según el ciclo de vida de la persona, sea en empleo, en vivienda, en infraestructuras, etc.
- 4.2.3 Con la ayuda de los servicios de orientación municipales, profundizar en la integración comunitaria a nivel local y vecinal, junto con colectivos, agentes y organismos de la localidad.
- 4.2.4 Mejorar circuitos asistenciales en el área de la salud entre la atención primaria, la atención especializada y los centros de referencia, así como la coordinación con los hospitales de referencia.
- 4.2.5 Reforzar el modelo multidisciplinar de consulta “Multi” de Osakidetza, garantizando la eficacia, la seguridad y la comodidad de los y las pacientes y sus familias, tanto en edad pediátrica como en la edad adulta.
- 4.2.6 Poner a disposición de la atención primaria y de los especialistas el mapa transparente del sistema CSUR y de las unidades de referencia. Facilitar la orientación a los centros y unidades de referencia CSUR de Euskadi y del Estado.
- 4.2.7 Establecer mecanismos para que los y las pacientes y sus ayudantes que deben trasladarse a los CSUR del Estado conozcan de manera exacta y sencilla los conceptos y los importes de la ayuda, y actualizar su importe.

### **4.3 Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades raras y la de sus familias**

- 4.3.1 Agilizar el proceso de reconocimiento de la valoración de la dependencia de las enfermedades raras y la discapacidad, y hacerlo de un modo rápido y eficaz.
- 4.3.2 Seguimiento de una persona de referencia durante todo el proceso, sobre todo para informar al principio a la familia de los derechos que les corresponden, y ofrecer ayuda psicológica en los casos en los que resulte necesario.

### **4.4 Reforzar y mejorar el diagnóstico precoz de enfermedades raras**

- 4.4.1 Crear grupos multidisciplinares expertos y experimentados en el análisis genético para identificar las dificultades, brechas y retos existentes en el diagnóstico de enfermedades raras y para proponer mejoras.
- 4.4.2 Crear el Banco Público de Euskadi de análisis genético para uso asistencial e investigación.
- 4.4.3 Elaborar el mapa genómico de Euskadi.

### **4.5 Garantizar la disponibilidad de los tratamientos de las enfermedades raras**

- 4.5.1 Estudiar y poner en marcha medias concretas que faciliten la obtención de fármacos huérfanos basándose en la equidad.
- 4.5.2 Realizar un posicionamiento terapéutico eficaz y ágil basado en la mejor evidencia científica utilizable o en una guía de pruebas y prácticas clínicas u otras fuentes secundarias.
- 4.5.3 Crear un perfil de farmacogenetista, teniendo en cuenta el análisis genético, analizando los efectos más positivos o negativos que tienen los medicamentos en el paciente y diseñando una estrategia terapéutica individual conforme a ello.
- 4.5.4 Negociar en Madrid la creación de plazas de la especialidad de genetista.
- 4.5.5 Regular la aportación que las farmacéuticas realizan a la sociedad, publicar el conocimiento y garantizar el retorno social.
- 4.5.6 Aunque no exista cura, garantizar tratamientos y terapias de mejora de la calidad de vida de las personas que sufren una enfermedad rara.

### **4.6 Formación e investigación de enfermedades raras**

- 4.6.1 Elaborar el mapa de todas las unidades de experiencia de Euskadi y fomentar una investigación conjunta.
- 4.6.2 Coordinación y colaboración de diferentes centros de investigación para orientar la investigación de enfermedades raras.
- 4.6.3 Conectar los servicios de pediatría y BIOGipuzkoa y BIOCrucés.
- 4.6.4 Incluir las horas de trabajo en los contratos de las y los profesionales que trabajan en el área de la salud.

## 5. Enfermedades cardiovasculares

El principal objetivo es reducir la carga de enfermedad, mejorando la prevención y el tratamiento.

### 5.1 Incidir en la prevalencia de las ECV

- 5.1.1 Promoción. Mejora de la salud cardiovascular ideal de la población residente en la CAPV a lo largo de la vida, a través de estilos de vida saludables. Para ello, es necesario contribuir a la creación de entornos saludables que faciliten las opciones más saludables y ayuden a reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad.
- 5.1.2 Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- 5.1.3 Empoderamiento de la ciudadanía.
  - 5.1.3.1 Promover el desarrollo de estilos de vida saludables en el ámbito de la salud cardiovascular y concienciar sobre la incidencia e importancia de estos hábitos.
  - 5.1.3.2 Promover la educación y la promoción de la salud en la escuela, promoviendo escuelas que fomenten la salud: alimentación saludable, actividad física, bienestar emocional y sostenibilidad. Prevenir el consumo de sedentarismo, tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
  - 5.1.3.3 Garantizar que todos los y las ciudadanas, especialmente los colectivos más vulnerables, dispongan de información fiable, accesible y comprensible.
- 5.1.4 Promover la elaboración de un plan de análisis sistemático y estructurado sobre el estado de la salud cardiovascular de la sociedad y de la atención a la ECV, identificando la información necesaria y sus fuentes, la forma más eficaz de obtenerla y la forma más homogénea de comunicarla. Análisis de desigualdades con OPIK. Integración y consolidación de la perspectiva de género, así como de otros determinantes de desigualdades (brecha digital, territorio, etc.) en la investigación sobre la ECV.

### 5.2 Optimizar el tratamiento de la ECV

- 5.2.1 Difundir y comparar buenas prácticas con diferentes sistemas de organización para la continuidad e integración en el entorno cardiovascular.
- 5.2.2 Diseñar un proceso que asegure la transmisión del conocimiento entre profesionales.
- 5.2.3 Promover y difundir prácticas seguras en el entorno de la ECV.
- 5.2.4 Diseño de un mapa que recoja las necesidades de Investigación, Desarrollo e Innovación tras escuchar a profesionales y a la sociedad.

- 5.2.5 Formación a todos los y las profesionales de Osakidetza sobre aspectos específicos (diagnóstico y tratamiento) y desigualdades de género de la ECV en las mujeres.
- 5.2.6 Apertura de la tercera sede de cirugía cardiovascular en el Hospital Donostia.

### **5.3 Optimización de la atención de la Cardiopatía Isquémica**

- 5.3.1 Fortalecimiento del proyecto Bihotzez.
  - 5.3.1.1 Ayuda suficiente para completar la base de datos.
  - 5.3.1.2 Incorporar el punto de vista de los y las pacientes y agentes.
- 5.3.2 Optimización de la rehabilitación cardíaca.
  - 5.3.2.1 Unificar lo que se hace en los diferentes hospitales y aprender de los mejores.
  - 5.3.2.2 Dar continuidad a la rehabilitación en los municipios una vez finalizada la rehabilitación hospitalaria.

### **5.4 Optimización de la Atención de la Insuficiencia Cardíaca**

- 5.4.1 Elaboración del protocolo de diagnóstico precoz de insuficiencia cardíaca.
- 5.4.2 Protocolización de la atención del shock cardiogénico. Desarrollar un protocolo de activación, derivación y transporte (“código shock”) en el que se recojan los criterios de derivación, centros receptores, transporte adecuado y tiempos.
- 5.4.3 Unidad de Insuficiencia Cardíaca en todas las OSIs. Multidisciplinar. Protocolo coordinado con la patología del crónico y la opinión de las y los pacientes.
- 5.4.4 Base de datos unificada.

### **5.5 Optimización de la atención de las valvulopatías**

- 5.5.1 Establecer un protocolo que permita el diagnóstico rápido de las valvulopatías más prevalentes desde la atención primaria.
- 5.5.2 Adoptar medidas que aseguren la equidad. Análisis de criterios y resultados.
- 5.5.3 Base de datos unificada.

### **5.6 Optimización de la atención de las arritmias**

- 5.6.1 Detección precoz de la fibrilación auricular. Campañas focalizadas.
- 5.6.2 Definición del proceso. Análisis de anticoagulantes directos.
- 5.6.3 Base de datos unificada.

## **5.7 Parada Cardíaca**

- 5.7.1 Establecer recursos para mantener al día la base de datos.
- 5.7.2 Potenciar la reanimación telefónica en los centros coordinadores.
- 5.7.3 Trabajar la reanimación de alta calidad y medir los resultados de la calidad de la reanimación.
- 5.7.4 Mover recursos con rapidez. Conocer dónde están en tiempo real y mover rápidamente el recurso más cercano.
- 5.7.5 Recoger sistemáticamente el registro de los desfibriladores, analizarlo e incorporarlo a la historia clínica del paciente.
- 5.7.6 Implantar desfibriladores y capacitar en su uso a todo tipo de policía, bomberos, personal de seguridad y a todo profesional que pueda prestar ayuda.
- 5.7.7 Utilizar la tecnología para ayudar a las y los voluntarios. Potenciar la aplicación de Osakidetza. Poner en marcha las herramientas para activar voluntarios a las paradas.
- 5.7.8 Implantar la formación como obligatoria en las escuelas y en la comunidad en general.
- 5.7.9 Mantener informada a la comunidad a través de informes anuales.
- 5.7.10 Crear el Consejo Vasco de Reanimación Cardiopulmonar.
- 5.7.11 Avanzar hacia la excelencia.

## 6. Cuidado de las personas con enfermedades crónicas

### Introducción

Garantizar un cuidado adecuado y de calidad de las personas que sufren enfermedades crónicas constituye uno de los principales retos del Sistema Público de Salud.

Las personas con enfermedades crónicas presentan unas singularidades concretas que condicionan la organización del cuidado. Aunque pueden tener patologías muy diferentes, en general todas son de larga duración. Las enfermedades crónicas, normalmente, avanzan poco a poco y sin pausa, reducen la calidad de vida y tienen un nivel alto de comorbilidad. Reducen de manera considerable el estado funcional de los enfermos, y aumentan el riesgo de discapacidad y mortalidad.

No podemos olvidar, tal y como recoge el Eustat, que entre 2021 y 2036 la población mayor de 65 años puede aumentar en 163.700 personas, y que la población de esa franja tendría en 2036 un peso del 29,3 %, 6 puntos más que en 2021. El mayor aumento relativo de población se prevé para las personas mayores de 85 años, con una población de 126.700 personas en 2036, 37.200 más que en 2021.

Por eso, el cuidado de estas personas en el Sistema Público de Salud no puede tener el mismo seguimiento que el de las personas con enfermedades agudas, no se puede llevar a cabo con los mismos criterios y parámetros. De hecho, hemos observado que, cuando se trabaja con los mismos parámetros, el cuidado sanitario y los seguimientos de estas personas no se realiza como es debido, y, como consecuencia, en varios momentos, ese seguimiento inadecuado conlleva el colapso del propio sistema, cuando el proceso crónico se reagudiza.

Convendría por tanto contemplar el cuidado sanitario de Las personas con enfermedades crónicas desde otra mirada, en la que el objetivo sería que la persona enferma contase con un circuito claro, de forma que las intervenciones que se deban realizar coloquen realmente al o a la paciente en el centro. Y, de paso, ganar en eficiencia para evitar carga de trabajo baldía al Sistema Público de Salud.

Cabe destacar que hemos conocido diferentes experiencias en Osakidetza. Por ejemplo, en la OSI de Donostialdea o el programa Kronik ON, en línea con la estrategia de cronicidad de 2010 de Osakidetza, impulsado por el exconsejero de Sanidad Bengoa; también se puso en marcha una experiencia en la OSI de Uribe, y existe a su vez una línea de trabajo en la OSI de Tolosaldea. Todas ellas se han basado en el recorrido asistencial corporativo del que dispone Osakidetza para atender al paciente pluripatológico/a. Pero las experiencias vividas hasta ahora, o bien se han situado en un área concreta y no se han desarrollado de manera integral desde la atención primaria, o bien se han limitado a las intervenciones, dejando a un lado el circuito que deber seguir el o la paciente, etc. Con todo, no partimos de cero y son buenos puntos de partida para atender a la persona enferma crónica de manera integral, integrando la atención primaria y el nivel secundario, y para llevar a cabo el seguimiento activo del cuidado de la salud.

Nos gustaría resaltar el cuidado establecido en la OSI de Donostialdea, situando a la persona enferma y a su familia en el centro, desarrollado tras años de investigaciones y ensayos clínicos, y que cuenta ya con datos y conclusiones contrastadas. Así, a resultas del circuito y de la intervención que se ha desarrollado en la OSI de Donostialdea, han logrado establecer un cuidado continuado de la persona enferma crónica evitando los servicios de urgencias del hospital. En las temporadas de gripe, entre otros casos, evitando al hospital cientos de ingresos.

El cuidado de personas con enfermedades crónicas precisa de la perspectiva holística y del enfoque integrador y coordinador de la persona enferma, tanto dentro del sistema de salud (primario, especializado, unidades de estancia de plazo medio) como con otros organismos: servicios sociales municipales, diputaciones forales, etc.

Primeramente, se debe identificar la población diana, y, posteriormente, realizar la valoración integral de las necesidades médicas de las personas, los cuidados, las necesidades funcionales y sociales, y planificar las intervenciones individualizadas.

En el área de la salud, desarrollaremos el cuidado, la prevención, la autogestión y control telemático domiciliario en el cuidado de las personas enfermas crónicas, así como la gestión de la enfermedad y la atención del enfermo, diseñando planes acordados junto con los profesionales de la salud y sus familias, fomentando la intervención proactiva con diferentes programas y protocolos, construyendo un sistema de seguimiento continuo.

Los expertos coinciden al afirmar que las enfermedades crónicas deben tratarse en atención primaria. El domicilio es el mejor lugar en el que este grupo de pacientes puede mantener el control del cuidado, y estar en su entorno mejora su bienestar y su calidad de vida. Eso exige que se refuerce la atención domiciliaria para garantizar la continuidad del proceso de cuidado y para responder de manera eficaz a las necesidades sociosanitarias que puedan tener los pacientes. Es importante evitar hospitalizaciones innecesarias y que se acuda innecesariamente a consultas de seguimiento y servicios de urgencias, salvo en los casos de reagudizaciones graves.

Con todo, los hospitales juegan también un papel fundamental en los momentos importantes en la gestión de estas personas enfermas. En las hospitalizaciones, será fundamental a su vez la coordinación con la atención primaria, los servicios sociales, etc. En ese sentido, los grupos multidisciplinares desarrollarán planificaciones individuales antes de que se dé el alta, al objeto de evitar las rehospitalizaciones.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todas esas apreciaciones, elaboramos la siguiente propuesta para organizar y generalizar el circuito, con el objetivo de lograr y mejorar un cuidado integral y continuado de los enfermos crónicos.

### **Propuesta. ¿Cómo cuidar a las personas con patologías crónicas?**

1. Organizaremos un circuito por OSIs para el cuidado de personas con patologías crónicas, entre la atención primaria y el hospital comarcal y/o de referencia, aun en los momentos de reagudizaciones que pueda tener el o la paciente, al objeto de que el seguimiento integral esté asegurado, que tendrá como objetivo a su vez asegurar el cuidado sanitario de calidad de las personas con patologías crónicas.

cas teniendo en cuenta las necesidades y los deseos de los pacientes y sus familias. El objetivo consiste en garantizar ese cuidado del modo más integrado posible.

2. La persona con patología crónica se incluirá en la atención primaria. Cada persona dispondrá en atención primaria de un grupo de trabajo sanitario de referencia, como siempre. Dado que la cronicidad aumenta la carga de trabajo de los equipos de salud, planteamos una ratio de 2 enfermeros/as por cada médico, para reducir la carga de trabajo y garantizar el cuidado sanitario de calidad de la ciudadanía, con el objetivo de orientar el cuidado proactivo de las personas con enfermedades crónicas.
3. Cada OSI contará, en el área de las patologías crónicas, al menos con un enfermero/a hospitalario/a de enlace (EHE) que coordinará la cronicidad, gestionará los sucesos repentinos y garantizará la formación. Una de las funciones de este enfermero/a será la gestión de los ingresos directos y las altas. Este enfermero/a estará en el hospital comarcal o en el hospital de referencia, dentro del departamento crónicos de medicina interna.
4. Se debe establecer una línea de cooperación entre los equipos de atención primaria y los equipos de medicina interna del hospital de referencia de esa OSI para el trabajo diario, con el objetivo de orientar la gestión de las personas con patologías crónicas y su cuidado. Los profesionales que atienden a las personas con patologías crónicas y los del hospital celebrarán reuniones, con una periodicidad determinada, a fin de asegurar la coordinación de la cronicidad y la asistencia integral. A estas reuniones acudirán profesionales de la salud de residencias de mayores y también de las residencias institucionalizadas para personas con grandes necesidades de apoyo y un determinado nivel de cronicidad.
5. Cada grupo de atención primaria tendrá identificados (como ya los tiene en la actualidad) a los pacientes crónicos y les dará de alta en el programa para enfermos crónicos que se fijará en Osabide. Mediante el programa, a cada paciente se le realizará un seguimiento activo del cuidado sanitario con la enfermera/o de su grupo de trabajo, de manera sistematizada. Se incluirán en ese seguimiento activo programado: periodicidad del seguimiento, lugar para realizarlo, quién lo realizará –médico, enfermero/a–, etc. Se encargará a su vez de la formación de la persona con patología crónica y de su familia.

El plan de cuidados que precisan las personas con patología crónica se diseñará conforme a sus necesidades. En este plan se tendrán en cuenta los cuidados de salud y los cuidados sociales que precisa. Por eso, en los cuestionarios que se deben pasar se tendrán en consideración las variables y los recursos sociales con las que cuenta la paciente a la hora de dar el alta en el programa. Si el grupo de salud de atención primaria observa, una vez cumplimentados los cuestionarios, que esa persona tiene más necesidades para hacer frente a las actividades de la vida diaria, el enfermero/a programará una visita con el trabajador/a social para realizar una revisión sociosanitaria en el plazo máximo de un mes, con el fin de activar de urgencia las medidas para dar respuesta a esas necesidades.

Aumentaremos por tanto el número de trabajadoras/es sociales, a nivel municipal, pero los colocaremos en los centros de salud, para ir estructurando poco a poco los servicios de cuidados. Esos perfiles serán perfiles formados en el ámbito sociosanitario, para que de ese modo se pueda dar respuesta a la ciudadanía que a nivel local se acerca a la atención primaria con necesidades sociales. Se deberá asegurar una financiación mayor a los ayuntamientos para que se pueda contratar a esas/os traba-

jadoras/es sociales. Si se acuerda que no deben ser contratados por los ayuntamientos y que debe contratarlos Osakidetza, se deberán facilitar competencias a esas/os trabajadoras/es sociales contratados por Osakidetza al objeto de realizar gestiones para que la o el paciente obtenga las protecciones sociales necesarias.

6. El cuidado de las personas con patologías crónicas se asegurará durante las 24 horas. Mientras la atención primaria permanezca abierta, el/la paciente debe disponer del teléfono directo de atención primaria y no del de la centralita, a fin de garantizar que se responda a las llamadas de las personas con patologías crónicas. De día, mientras la atención primaria permanezca abierta, la atención al paciente crónico se garantizará en la consulta de atención primaria.

Cuando la atención primaria esté cerrada, las personas con patologías crónicas y sus familias dispondrán en el turno de la tarde del teléfono directo del o de la EHE que estará en el hospital comarcal o de referencia para gestionar situaciones de reagudización o urgencia para así evitar los servicios de urgencias del hospital, y tras valorar la necesidad, la persona ingrese directamente.

Se debe establecer una línea de cooperación entre los equipos de atención primaria y los equipos de medicina interna del hospital de referencia de esa OSI para el trabajo diario, con el objetivo de orientar la gestión de las personas con patologías crónicas y el cuidado, a fin de que en los momentos de reagudización los pacientes se hospitalicen directamente, evitando los servicios de urgencias. En los hospitales se establecería el modelo creado en la OSI de Donostia.

Uno de los objetivos de este circuito de personas con patologías crónicas es que esas personas eviten los servicios de urgencias de los hospitales, y que la atención primaria y los servicios de salud del hospital actúen de manera conjunta, por el bien del paciente. Los equipos de atención primaria y de los hospitales se reunirán al menos una vez al mes, con el fin de crear una cultura de trabajo grupal y garantizar la atención de calidad del o de la paciente.

Aseguraremos que haya un teléfono en los turnos de noche y los días festivos. Este teléfono estaría garantizado por Osarean, siguiendo el modelo de paliativos. Para ello, se formará en cronicidad al personal de enfermería que estará para tal fin en el Consejo de Salud y se le dotará de los medios adecuados. Estas figuras tendrán acceso al programa de enfermos crónicos.

7. Se habilitarán espacios en hospitales o grandes centros de salud para evaluar a la persona con patología crónica; las MMA (Medicina Mayor Ambulatoria). Si hubiera dudas desde atención primaria o desde paliativos sobre si se debe ingresar o no al paciente, el hospital ofrecerá atención a través de unidades de MMA, a través de pruebas de diagnóstico rápido (pueden ser R-x, analíticas, etc.) a las que no existe acceso inmediato en atención primaria, o mediante tratamientos inmediatos evitando el ingreso.

## 7. Sociosanitario

Construir un modelo de atención sociosanitario que tenga como base la promoción y la prevención, es decir, un sistema solidario, equitativo y justo cuyos principios éticos mayores sean la autonomía y la justicia social. Un sistema que garantice que los objetivos, acciones y estrategias planteados cumplan con el objetivo principal de reducir la brecha que generan los determinantes sociales de la salud.

### 7.1 Reforzar la atención primaria sociosanitaria para que en la medida de lo posible las personas puedan quedarse en sus hogares

- 7.1.1 Colocaremos en los centros de salud a trabajadoras sociales que cuenten con competencias municipales.
- 7.1.2 Se realizará un seguimiento de las niñas y niños que se encuentren en atención temprana, así como de las necesidades sociosanitarias de sus familias mediante el o la trabajadora social que se encuentre en el centro de salud. Las y los trabajadores sociales serán miembros del grupo de atención temprana.
- 7.1.3 El trabajador o trabajadora social identificará, junto con el personal de enfermería del centro de salud, a los ciudadanos en situación de vulnerabilidad y se organizarán visitas domiciliarias con una periodicidad determinada, con trabajadores sociales o personal de enfermería. En estas visitas se estudiará la situación sociosanitaria de las personas para recoger los riesgos potenciales existentes, y planificar y ofrecer las ayudas necesarias.
- 7.1.4 Cuando la situación social o sociosanitaria de las personas en situación de vulnerabilidad cambie, el trabajador o trabajadora social pondrá en marcha los recursos necesarios para adaptarse a la nueva situación.
- 7.1.5 Se realizará el seguimiento sanitario de las personas que reciban asistencia domiciliaria, así como en lo referente a la adaptación de los servicios que esas personas reciban.
- 7.1.6 Se realizará una adecuada planificación antes de dar el alta en estancias hospitalarias de media y/o larga duración para garantizar que el cuidado se efectúa debidamente (sea en el domicilio, sea en una residencia). El personal médico del hospital estará capacitado para realizar la derivación directamente con los ayuntamientos.
- 7.1.7 Si las personas en situación de vulnerabilidad con problemas mentales asociados (sobre todo las que estén en situación de exclusión) pierden citas médicas, se les ofrecerán facilidades para fijar la siguiente cita y hacerlo en el menor tiempo posible.
- 7.1.8 Al objeto de garantizar una atención de calidad a todo ciudadano o ciudadana de diferente nivel funcional o diferente nivel de discapacidad, se identificarán condicionantes en los procesos de atención y en los espacios, y se determinará un cronograma de corrección.

## **7.2 Unificación de los sistemas de información**

- 7.2.1 En atención primaria: diseñar un sistema informático que recoja los datos básicos de los servicios municipales, los servicios sanitarios y las Diputaciones Forales (los que sean necesarios en atención sociosanitaria) para que el personal trabajador de esas tres instituciones tenga el correspondiente acceso.
- 7.2.2 Los sistemas informáticos de las residencias estarán integrados en Osabide, es decir, Osabide AP, Osabide global y Osabide-ego (el de las residencias). El actual módulo Presbide no es suficiente y las residencias funcionan con los dos sistemas.
- 7.2.3 El personal sanitario de los centros de día tendrá acceso a Integra mediante la autorización de las personas que se encuentren en esos centros.
- 7.2.4 Si las personas residentes temporales de las residencias así lo desean, podrán también autorizar el acceso a Integra.

## **7.3 Detección temprana de personas en situación de vulnerabilidad para garantizar el acceso al sistema**

- 7.3.1 Regular y establecer a la mayor brevedad un padrón social para todas las personas que estén en situación y en riesgo de exclusión en todos los ayuntamientos de la CAE, para garantizarles el o la médico de familia de referencia y el acceso al sistema de cuidados.
- 7.3.2 Agilizar el proceso de reconocimiento de la valoración de la dependencia y la discapacidad, y hacerlo de un modo efectivo.

## **7.4 Puesta en marcha de un nuevo modelo de residencias**

- 7.4.1 Las residencias se mantendrán en los pueblos, en la comunidad, cerca de los agentes comunitarios de la localidad.
- 7.4.2 Se mantendrá relación con el grupo básico del centro de salud de atención primaria.
- 7.4.3 Residencias adaptadas a las personas usuarias y a las familias, que fomentarán la autonomía.
- 7.4.4 Se introducirán unidades convivenciales en las residencias. Se establecerán ratios entre unidades de convivencia y el grupo de salud, de manera que el personal médico y el personal de enfermería garantice la atención en todas las unidades.

## **7.5 Repensar las plazas sociosanitarias y cambiar el modelo**

- 7.5.1 Las plazas sociosanitarias se incluirán en las residencias.
- 7.5.2 Las plazas sociosanitarias se activarán en las unidades de convivencia conforme a las necesidades.
- 7.5.3 Las residencias dispondrán de un número mínimo de camas sin concertar (1-2) que se podrán concertar como sociosanitarias cuando sea preciso.

- 7.5.4 Estas plazas sociosanitarias se utilizarán para posibilitar un final de vida adecuado y digno, y serán abiertas, para que puedan ser utilizadas en caso de que las necesiten las personas que residan en el pueblo y que estén en el final de la vida.

## **7.6 Ampliación de la red Farmabide**

- 7.6.1 Puesta en marcha en las residencias que las soliciten.
- 7.6.2 Reforzar la figura del o de la farmacéutica sociosanitaria y fomentar la colaboración con las farmacias de los municipios. Organizar diferentes formaciones con las personas en situación de vulnerabilidad que vivan en los domicilios y con personal trabajador que preste ayuda domiciliaria.

## **7.7 Repensar las comisiones sociosanitarias**

- 7.7.1 Rediseñar las diferentes comisiones sociosanitarias existentes y unificarlas en la medida de lo posible.
- 7.7.2 Garantizar y fomentar la participación de las personas que se encuentren en situación vulnerable y la de sus familias.

## **7.8 Ampliación de la cartera de servicios para las personas en situación de vulnerabilidad**

- 7.8.1 Se estudiará la posibilidad de pasar la atención temprana de 0-6 a 0-16 años, hasta finalizar la educación obligatoria.
- 7.8.2 Ofrecer servicio de podología a las personas mayores y con discapacidad.
- 7.8.3 Planteamos ampliar el PADI conforme a la renta a fin de garantizar la cobertura integral a la ciudadanía que esté por debajo del salario mínimo interprofesional y que tenga necesidades especiales.
- 7.8.4 Establecer el cuidado ocular y la gratuidad de gafas y lentillas de manera progresiva, comenzando por las personas más vulnerables.

VI BLOQUE

# Urgencias extra-hospitalarias

## 1. Emergencias



# 1. Emergencias

## 1.1 Publicación completa de la asistencia

- 1.1.1 Publicación completa de todos los Soportes Vitales Avanzados (SVA).
- 1.1.2 Publicación completa de todos los Soportes Vitales Básicos (SVB).
- 1.1.3 Publicación completa de todo el personal médico y de enfermería que acude a los domicilios.
- 1.1.4 Debería estudiarse también la publicación de las ambulancias programadas para lograr la eficiencia de los recursos de los que disponemos.
  - 1.1.4.1 Publicación: Deberían definirse y marcarse los objetivos concretos que se quieren lograr con la publicación (estándares de cualificación, niveles de calidad de la asistencia, aportaciones al conocimiento, etc.)
  - 1.1.4.2 Todo ello exigiría una profunda reestructuración de la organización de EMERGENCIAS. De lo contrario, el resultado puede ser deficiente. La publicación exigiría:
    - Revisión económica y técnica.
    - Asignar un nuevo nivel organizativo a la OSI EMERGENCIAS, con una estructura de mando mucho mayor y de mayor capacidad.
    - Los retos logísticos se multiplicarían.
    - Resultarían indispensables las estructuras fijas del personal trabajador orientado a la formación y de los equipamientos, algo que sería uniforme.

## 1.2 Definición y establecimiento del proceso de urgencia-emergencia

- 1.2.1 Determinar la(s) entrada(s) del proceso, organizar las derivaciones, definir los tiempos, determinar las consultas con las y los especialistas...
  - 1.2.1.1 Creación de algoritmos de triaje e instrumentos para clarificar los circuitos de atención, tanto para el personal profesional como para la ciudadanía.
  - 1.2.1.2 Procedimientos de actuación, tanto organizativos como clínicos. Es el propio procedimiento el que tiene que adaptarse a cada nivel asistencial, a fin de evitar que haya carencias y demasiados solapamientos.
  - 1.2.1.3 Elaboración de protocolos con el servicio de urgencias del hospital y con otras especialidades, con traslados interhospitalarios, con transferencias de pacientes, con el código ICTUS y con el código BIHOTZEEZ.
  - 1.2.1.4 Socialización y consenso: se deben disponer espacios sistemáticos para recabar aportaciones y la opinión de la ciudadanía
  - 1.2.1.5 Establecer mecanismos de evaluación de los resultados a corto, medio y largo plazo, y contar con la capacidad de adaptar los protocolos según el resultado.

- 1.2.2 Acordar la formación / ubicación del personal profesional.
  - 1.2.2.1 Formación basada en procedimientos, común, adaptada a los niveles de asistencia, periódica, suficiente, obligatoria, que ocupe un determinado porcentaje establecido en el calendario laboral de cada trabajador o trabajadora, con infraestructuras y personal profesional especializados.
  - 1.2.2.2 Establecer itinerarios formativos específicos para las y los trabajadores de urgencias, incluyendo habilidades técnicas, el trabajo en grupo y el liderazgo.
  - 1.2.2.3 Resultarán obligatorios los ejercicios y simulaciones planificados que se incluyan en el calendario laboral de las y los trabajadores, prestando también atención a las necesidades que ellas y ellos mismos observen, además de a las necesidades de las organizaciones que deben cubrir indefectiblemente. Algunas de esas simulaciones deberán ser organizadas por los propios trabajadores y trabajadoras.
  - 1.2.2.4 Elaborar protocolos unificados con otras agencias, meteorología, Ertzaintza, bomberos, policía municipal... realizar simulacros para catástrofes e incidencias NBQR.
  - 1.2.2.5 Plan formativo anual programado, indispensable para cada cartelera, dirigido a todas y todos los profesionales que trabajan en la organización Emergencias. Formación interna y externa. Además de formar a la ciudadanía de manera general, se ofrecerá: un plan de formación sobre la Reanimación Cardiopulmonar, un plan de formación de la ciudadanía sobre las urgencias y para que se sepa qué son las urgencias, teléfonos, funcionamiento...
  - 1.2.2.6 Una política de personal audaz, que considere el presente y el futuro, y que tenga claro que únicamente una plantilla suficiente y motivada es capaz de ofrecer un servicio suficiente y modélico.
  - 1.2.2.7 Una política que cuide de las y los profesionales en todos los ámbitos, que concilie la familia y el trabajo, de desarrollo profesional, remunerativa, ligada a la salud, y que considere la capacidad física y mental.
  - 1.2.2.8 Departamento de personal: El problema que siempre ha existido en este servicio es el del trato no adecuado. Ha ocurrido durante años con las y los trabajadores sustitutos que cumplen calendarios circunstanciales de mes en mes, haciendo las guardias del centro de coordinación casi sin guardias en las ambulancias medicalizadas, negándoseles permisos y licencias, a menudo sin que puedan coger vacaciones. Por eso, muchas y muchos trabajadores se han marchado a otros servicios para, de ese modo, demandar condiciones más dignas. Todo esto tiene que terminar. El departamento de personal debe ser transparente y debe cumplir la ley del acuerdo regulador; debe contar con carteleras como mínimo semestrales, sin negar licencias y permisos, y debe proporcionar a las y los trabajadores un trato acorde a la ley. Hasta ahora, la utilización de las carteleras ha sido desastrosa y opaca, por lo que sería preciso un programa para gestionarlas en la que el trabajador o trabajadora pueda ver el cómputo de horas, por ejemplo (hasta este momento es algo que se les ha negado).
  - 1.2.2.9 Por otra parte, hay muchos problemas para cubrir los imprevistos, y podrían desarrollarse guardias voluntarias localizadas remuneradas para esos días en los que puede suceder un imprevisto puntual. Dado que los mínimos en Emergencias son del 100 %, siempre debería haber alguna persona localizada para sustituir a la persona ausente. En otros servicios ya existe esa fórmula y es también necesaria en este caso. Eso no exime al servicio de la necesidad de redimensionamiento con las actuales necesidades, fomentando contratos largos que faciliten buenas condiciones.

- 1.2.2.10 Desarrollo y motivación: orientar la motivación de las y los profesionales mediante el crecimiento profesional (no todo es dinero). Ese crecimiento podría plasmarse mediante una carrera horizontal, por medio de un sistema de grados, sin tener por ello que cambiar de puesto de trabajo, y se desarrollarían al mismo tiempo la motivación y la participación de las y los trabajadores, a fin de crear la cultura de la mejora continua y que la red de asistencia avance.
- 1.2.2.11 Ámbito competencial: hay que hacer frente al corporativismo profesional.
- 1.2.3 Revisar la reubicación de recursos junto con el BCAM. Desarrollar planes para las zonas a las que la asistencia medicalizada no vaya a llegar en 20 minutos.
- 1.2.4 Rediseñar los centros de coordinación. Incorporaremos también otras categorías en cada centro (trabajador/a social, psicólogo/a...), ya que los centros cumplen muchas funciones de asistencia primaria.
  - 1.2.4.1 Centros de coordinación potentes, integrando todas las respuestas que se les pueden dar a las necesidades de cada momento. Que abarquen el área de la salud, el área sociosanitaria, la seguridad ciudadana y protección civil. Que cuenten con una estructura humana y material más que suficiente. Contarán también con la capacidad de absorber y gestionar la demanda detectada por la población, tanto en lo que a las propias urgencias como a las necesidades eventuales se refiere, sin que la atención que se preste a unas condicione la atención que se preste a las otras.
  - 1.2.4.2 En estos momentos la mayoría de las y los trabajadores sanitarios prefieren no ir a hacer guardias a los centros de coordinación. Es un tema que debe ser tratado con la profundidad que merece, a fin de tomar medidas correctoras adecuadas y duraderas.
- 1.2.5 Actualización / unificación de los sistemas informáticos. Por una parte, el soporte informático, utilizado por las agencias del Sistema Vasco de Atención de Emergencias, teniendo en cuenta que damos respuesta a actividades ligadas a diversas situaciones antes de ofrecer atención a las y los pacientes. Debería ser igual en toda la cadena de asistencia, adaptando los formatos de recogida de información desde la realidad del centro de coordinación, desde los recursos de la calle y desde los servicios de emergencia. Todos (incluidos los centros de coordinación) deberán dejar su historial clínico en Osabide Global.
- 1.2.6 Sistema de gestión de flotas, a fin de alimentar informativamente a los 3 elementos del sistema (CC, recursos, emergencias), a las personas usuarias y a las personas gestoras.
- 1.2.7 Los procesos que se han desarrollado hasta ahora (Bihotzez, código ICTUS...) se deben revisar desde el punto de vista de los/las pacientes (incorporando pacientes en el grupo de trabajo) y garantizar este punto de vista en los nuevos procesos.
- 1.2.8 Protocolizar cómo se atenderá a la atención especializada y ultraespecializada (ECMO, traslado de bebés recién nacidos, fiebres hemorrágicas...).
- 1.2.9 Relación transfronteriza. Elaborar y actualizar protocolos con territorios de Euskal Herria y territorios transfronterizos.
- 1.2.10 Renovar y dimensionar el parque de vehículos del servicio de Emergencias (para todo aquello que se publique).

Infraestructuras adaptadas a un servicio dependiente al 100 % de la logística para que pueda cumplir con su función. Parques o parques móviles, diseños de las bases, emplazamientos, todo ello pensado conforme a las necesidades, y no únicamente conforme a las oportunidades.

1.2.10.1 Crear un parque móvil que esté cerca de los tres territorios, con ambulancias que ya estén equipadas y preparadas para acudir a los cambios de ambulancia –por ejemplo, debido a una avería–, pero también para acudir a sucesos de numerosas víctimas (SNV) o catástrofes. Se contará con un centro operativo de la organización de Emergencias en el mismo lugar del parque móvil, además del almacén. El grupo de gestión se ubicará también en el mismo lugar, junto con una unidad de enseñanza. Podrían realizarse simulaciones, impartir formación, etc., en el mismo sitio, y el helicóptero de Osakidetza también debería estar allí. Cuando no vuele, se convertirá en una unidad medicalizada más y ayudará a cubrir esa área.

1.2.10.2 Revisar el emplazamiento y el abastecimiento de centros y bases.

1.2.10.3 Investigación: elaboración de bases de datos (OSHCAR, pacientes politraumatizados), análisis de sucesos, relación con el personal investigador de la EHU, promoción de la investigación, tesis doctorales...

### **1.3 Crear la estructura específica denominada Agencia de Emergencias**

1.3.1 Reunir bajo una única estructura pública a todas las agencias que actúan en urgencias extrahospitalarias dentro de las emergencias.

1.3.2 Organizar una red secundaria para el servicio de emergencias, una red de personas voluntarias. Estarán entrenadas y preparadas para ayudar en las emergencias. No reemplazarán a la 1ª red, sino que le prestarán ayuda cuando resulte necesario.

1.3.3 Poner en marcha el procedimiento para casos NBQR en sucesos con numerosas víctimas.

1.3.4 Estudiar la creación de una zona de prevención para acontecimientos, competiciones deportivas, festivales y espectáculos.

1.3.5 Revisar los datos recibidos sobre factores vinculados a patologías dependientes del tiempo (dónde y por qué ocurren los accidentes laborales o los de tráfico), a fin de identificar las áreas de prevención.

### **1.4 Alinear la asistencia en caso de parada cardíaca con las recomendaciones internacionales**

1.4.1 Establecer los recursos para mantener actualizada la base de datos.

1.4.2 Reforzar la reanimación por vía telefónica que se realiza en los centros de coordinación.

1.4.3 Desarrollar la reanimación de alta calidad y medir los resultados de la calidad de la reanimación.

1.4.4 Movilizar los recursos con rapidez. Saber dónde están en tiempo real y movilizar el recurso más cercano con rapidez.

1.4.5 Recoger el registro de los desfibriladores de manera sistemática, estudiarlo e incorporarlo en la historia clínica de el/ la paciente.

- 1.4.6 Colocar desfibriladores y adiestrar en su uso a todo tipo de policías, bomberos, personal de seguridad y toda persona profesional que pueda ayudar.
- 1.4.7 Emplear tecnología para ayudar a las personas voluntarias. Reforzar la aplicación de Osakidetza. En caso de que ocurra alguna parada que implique a personas voluntarias, poner en marcha las herramientas para poder activarlos.
- 1.4.8 Establecerlo como formación obligatoria en las escuelas y en la comunidad en general.
- 1.4.9 Mantener a la comunidad informada mediante los informes anuales dentro del proceso de desarrollo de la responsabilidad.
- 1.4.10 Crear el Consejo Vasco de Reanimación Cardiopulmonar.
- 1.4.11 Avanzar hacia la excelencia.



VII BLOQUE

# Bibliografía



# Bibliografía

Novoa Jurado AJ. El nuevo generalismo médico. AMF 2024;20(7);405-415. DOI: 10.55783/AMF.200703

Novoa Jurado AJ. Bases históricas, conceptuales y científicas del nuevo generalismo médico (Parte 1). AMF 2024;20(7);3656. DOI: 10.55783/AMF.S200708

Novoa Jurado AJ. Bases históricas, conceptuales y científicas del nuevo generalismo médico (Parte 2). AMF 2024;20(8);3671. DOI: 10.55783/AMF.S200808

Grupo de trabajo ÉTICA Y COVID (Euskadi) – ABFyC. ¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia. Bioética Complutense 39 (2020) pp.41-44

MORTERUEL, M. GINÉ, A. (2019) Los determinantes políticos de la salud. OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://www.oseki.eus/areas/determinantes-sociales-de-la-salud/>

Rafael Cofiño, Miguel Prieto, Mariano Hernán-García. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. Gaceta Sanitaria, Volume 37, 2023, 102254, ISSN 0213-9111

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102254> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911122001509>

Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Añel Rodríguez RM, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. Rev Clín Med Fam. 2022;15(2):75-6. DOI: 10.55783/rcmf.150202

Integration, coordination and multidisciplinary approaches in primary care: a systematic investigation of the literature. ANU Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI) (2003-2015)

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, de Belvis AG. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health. 2013 Jun;23(3):356-60. doi: 10.1093/eurpub/cks053. Epub 2012 May 29. PMID: 22645236

EL HOSPITAL DEL FUTURO. Un proyecto de la Sociedad Española de Medicina Interna para el Sistema Nacional de Salud. Elaborado con la colaboración de la Fundación IMAS. 2019. [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro\\_hospital\\_vision\\_20191030.pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro_hospital_vision_20191030.pdf)

**ehbildu**