





---

**Jon Darpón Sierra**  
Consejero de Salud

Desde el mismo momento en que el Lehendakari Iñigo Urkullu tomó las riendas del País, las personas han constituido el eje fundamental de todas y cada una de las políticas del gobierno que preside. Un compromiso que se ha traducido a su vez, en una firme y decidida apuesta por garantizar las políticas sociales que sustentan nuestro estado de bienestar y que con tanto esfuerzo hemos alcanzado los vascos y las vascas.

Por eso, una de las máximas prioridades de nuestra acción política ha sido y es consolidar un sistema sanitario público y calidad, que prime la prevención y fomente una cultura de salud, sobre la base de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, calidad y participación ciudadana.

Y para ello, es necesario transitar desde la cultura de la mera asistencia sanitaria de la enfermedad hacia una nueva cultura de fomento de la salud, incidiendo en aquellos factores que prevengan y eviten la enfermedad: hábitos de vida saludables, medio ambiente, seguridad alimentaria, condiciones laborales... Una nueva cultura que debemos impulsar desde el Departamento de Salud pero también desde el resto de departamentos del Gobierno, Instituciones y agentes sociales.

Las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud para 2013-2016 parten precisamente de esta visión integral de la salud como algo que va mucho más allá del concepto convencional y acotado de sanidad. Así, se establecen seis frentes de actuación para estos próximos años: las personas como eje central del sistema de salud; una respuesta integrada a los nuevos retos que entrañan la vejez, la cronicidad y la dependencia; arraigo de la cultura de la prevención y del fomento de la salud; garantizar la sostenibilidad del sistema; protagonismo e implicación profesional; potenciación de la investigación y la innovación; y protección, defensa y atención de las personas consumidoras y usuarias.

Se impone, por tanto y tal como formula el Plan de Salud 2013-2020 del Gobierno Vasco, dar un nuevo impulso a la Salud Pública, adaptándola a los nuevos tiempos y dotándola de la organización y los medios necesarios para dar respuestas rápidas y eficaces a los problemas, lo que exige la colaboración y coordinación de todas las instituciones vascas, además de la implicación de la propia ciudadanía como agente activo.

La situación de crisis económica a la que nos enfrentamos nos obliga, hoy más que nunca, a realizar un ejercicio de responsabilidad para salvaguardar lo esencial mediante la racionalización de los servicios y la optimización de nuestros recursos. Y todo, con un único objetivo: mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas que viven en Euskadi. Porque, no lo olvidemos, lo que importa son las personas. Es es nuestro compromiso y vamos a cumplirlo.

# ÍNDICE

---

# 1.

pág. 7

## INTRODUCCIÓN

---

# 2.

pág. 19

## OBJETIVO GENERAL: PRESERVAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EUSKADI

---

---

# 3.

pág. 23

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS 2013-2016

---

### 1.1.

pág. 9

#### DE “SANIDAD” A “SALUD”: UNA VISIÓN MÁS INTEGRAL

---

### 1.2.

pág. 11

#### CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO EN EUSKADI

---

### 1.3.

pág. 15

#### CONTEXTO ECONÓMICO

---

### 3.1.

pág. 25

#### LAS PERSONAS: EJE CENTRAL DEL SISTEMA DE SALUD

---

### 3.2.

pág. 29

#### RESPUESTA INTEGRADA A NUEVOS RETOS: VEJEZ, CRONICIDAD Y DEPENDENCIA

---

Atención integrada      **pág. 30**

---

Sistemas de información clínica  
compartida      **pág. 31**

---

Nuevos roles de enfermería      **pág. 33**

---

Reorientación de las funciones  
de atención primaria y atención  
hospitalaria en base a criterios  
de salud poblacional      **pág. 34**

---

Empoderamiento  
del paciente      **pág. 35**

---

Coordinación socio-sanitaria      **pág. 35**

---

Farmacia      **pág. 36**

---

### 3.3.

pág. 37

#### CULTURA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

---

### 3.4.

pág. 39

#### GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

---

### 3.5.

pág. 41

#### PROTAGONISMO E IMPLICACIÓN PROFESIONAL

---

### 3.6.

pág. 43

#### POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

---

### 3.7.

pág. 45

#### PROTECCIÓN, DEFENSA Y ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS Y USUARIAS



# 1. INTRODUCCIÓN





---

# 1.1. DE “SANIDAD” A “SALUD”: UNA VISIÓN MÁS INTEGRAL

**Salud** es un concepto mucho más amplio que sanidad. En efecto, la salud puede definirse como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia<sup>1</sup>”. Autores<sup>2</sup> recientes hablan, refiriéndose a sociedades con elevada prevalencia de cronicidad y multimorbilidad, de “la capacidad de adaptación y autogestión ante los desafíos físicos, mentales y sociales”.

Sea como fuere, la salud es uno de los valores más apreciados por nuestra ciudadanía. Un buen estado de salud es el principio que permite desarrollar cualquier otra potencialidad y su ausencia reduce la capacidad de las personas y las limita. El desarrollo de las políticas de salud y del sistema de salud es, por lo tanto, una **prioridad**.

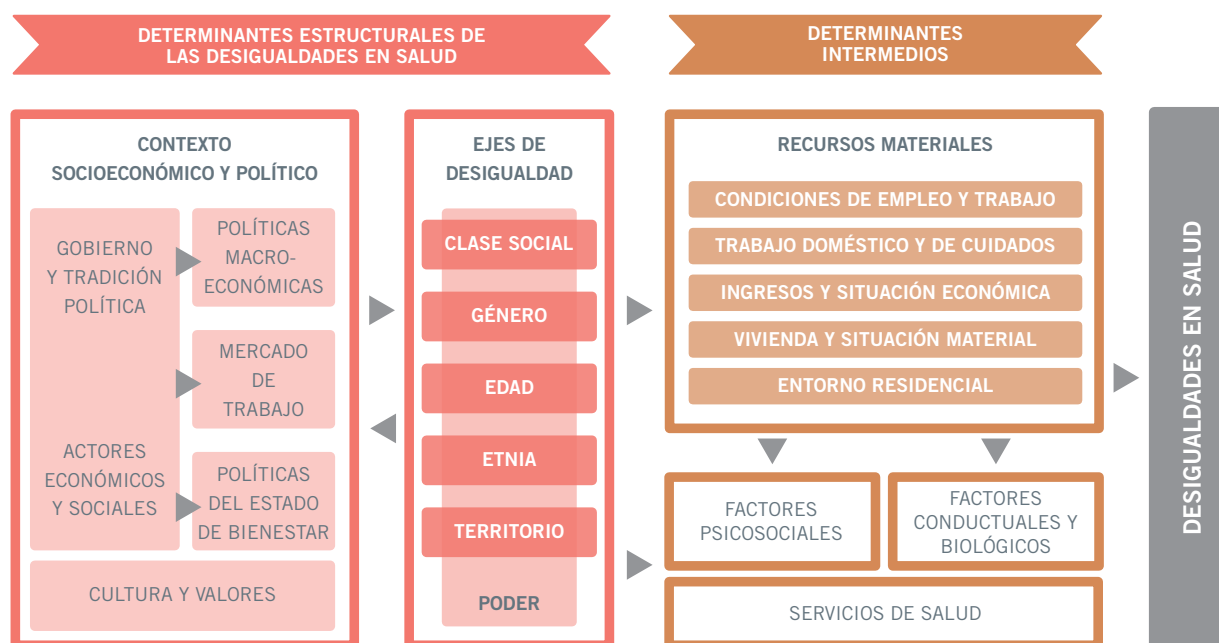
Los estilos de vida, la biología humana, el medio ambiente, el modelo de familia, la distribución de la riqueza, la protección social, la vivienda, el tipo de trabajo o la ausencia del mismo... y, de una manera importante, la calidad de la atención sanitaria y el sistema sanitario son los llamados “**Determinantes Sociales de la Salud**”<sup>3</sup>: Los determinantes sociales de la salud amplían la visión del modelo biomédico, centrado en los factores genéticos y biológicos individuales. Los determinantes estructurales de las desigualdades en salud incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que no son medibles a nivel individual, sino que hacen referencia a las características de la estructura de una sociedad, y que influyen en la posición social que ocupan las personas en ella. Esta diferente posición social genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios: condiciones de vida y de trabajo; factores psicosociales –redes sociales, estrés y percepción de control sobre la vida propia–; conductas relacionadas con la salud o el estilo de vida –como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física–.

*Más allá de la sanidad, se propone trabajar sobre una visión amplia de lo que determina la salud de los ciudadanos y ciudadanas y, por tanto, de su bienestar*

1. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en 1946 y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

2. How should we define health?; M. Huber. 2011

3. Informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud; Organización Mundial de la Salud. 2009



Plan de Salud 2013-2020

El sistema sanitario influye también en la generación de las desigualdades sociales en salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que su cobertura es universal y gratuita, las personas de menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras de acceso.

Las desigualdades de género, junto con la posición socioeconómica, son las mayores causas de inequidades en el acceso a la provisión de servicios de salud. Incluir la perspectiva de género es, por tanto, necesario, para avanzar hacia un sistema de salud mejor, más justo y efectivo.

Las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud para 2013-2016 parten de esta **concepción global de la salud**, en la que se da una consideración preferente a los determinantes sociales de la misma, a las desigualdades generadas y a un modo de ver el proceso salud-enfermedad. Esta premisa exige, de este modo y para el abordaje de soluciones, un **trabajo coordinado y transversal** del sistema sanitario con el resto de la administración pública y agentes sociales. Existen ya, a nivel internacional, modelos conceptuales<sup>4</sup> que explican las relaciones entre distintas organizaciones en la implantación del enfoque de salud en todas las políticas.

*La visión global de la salud exige un trabajo coordinado y transversal del sistema sanitario con el resto de administraciones y agentes sociales. La salud es parte de todas las políticas e incluye también la protección de las personas consumidoras*

Este trabajo transversal implica, también, **involucrar a ciudadanos y ciudadanas** como agentes activos, concienciados y comprometidos con su salud y con los determinantes que inciden en ella. Factores de riesgo como la obesidad, falta de ejercicio físico, dieta, tabaco, alcohol, tienen un papel relevante en la salud comunitaria, lo cual requiere reforzar la promoción de la salud para fomentar la adquisición de hábitos saludables.

La cultura de la promoción de la salud debe ganar espacio frente a la cultura de la asistencia sanitaria. La salud no debe convertirse en un bien de consumo y las personas deben transformarse en agente activo de su propia salud. Es prioritario trabajar sobre los estilos de vida y promover hábitos saludables.

4. Getting Started with Health in All Policies: A Resource Pack; K. Shankardass, O. Solar, K. Murphy, A. Freiler, S. Bobbili, A. Bayoumi et al. Ontario: Centre for Research on Inner City Health, St Michael's Hospital. 2011

# 1.2.CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOOLÓGICO EN EUSKADI

La sociedad vasca presenta unos resultados en salud acordes con su condición de **país desarrollado**, en el que las necesidades relacionadas con la salud están cubiertas de manera adecuada.

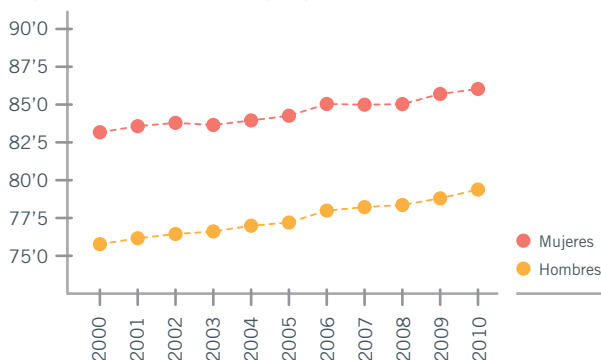
Esto es, sin duda, fruto del nivel de desarrollo de la sociedad vasca, pero también del esfuerzo en calidad, modernización e innovación de Osakidetza y sus profesionales a lo largo de su trayectoria desde su creación en 1983. Se ha conseguido, así, un modelo de sanidad pública apreciado y referente para el conjunto de la ciudadanía vasca. **Osakidetza es un activo reconocido**, y como tal debe preservarse y potenciarse.

La ciudadanía vasca, a su vez, ha ido cambiando a lo largo de estos años. Según Eustat<sup>5</sup>, entre 2001 y 2011, **Euskadi ha aumentado su población** en más de 97.000 personas, un 4,7% más, con una cierta estabilización en los últimos años. En esta tendencia demográfica entran en juego diferentes factores, como la baja tasa de natalidad de la CAPV, el aumento de la esperanza de vida y los flujos migratorios.

El **aumento de esperanza de vida** debe verse como un éxito. En Euskadi, entre 2001 y 2010<sup>6</sup>, ha aumentado en 2,5 años en el caso de las mujeres y en 3,2 años en el caso de los hombres (las mujeres ya partían de una esperanza de vida superior). La esperanza de vida en buena salud también ha aumentado en los últimos años. **En el País Vasco, las personas viven más y con mejor salud que en la mayor parte del Estado y de Europa.**

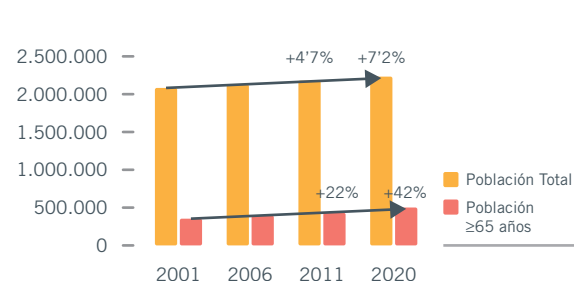
Este logro conlleva que la población de 65 y más años haya crecido significativamente. Euskadi contaba en 2011<sup>5</sup> con un 19,8% de población de 65 y más años (en 2001, era un 17%), superando la proporción del Estado en más de dos puntos porcentuales. En Europa, sólo Alemania e Italia tienen un porcentaje mayor. Respecto a 2001, en 2011 había en Euskadi un 22% más de personas con 65 o más años. De acuerdo a las proyecciones de Eustat, en 2020 habrá más de 500.000 personas con 65 y más años, un 42% más que en 2001, y un 16% más que en 2011.

Esperanza de vida al nacer por géneros CAPV



Fuente: Registro de mortalidad; Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2013

Evolución y proyecciones de la población de la CAPV



Fuente: Elaboración propia en base al Censo de Población y Vivienda de 2011 de la C.A. de Euskadi y proyecciones elaborados por Eustat. 2013

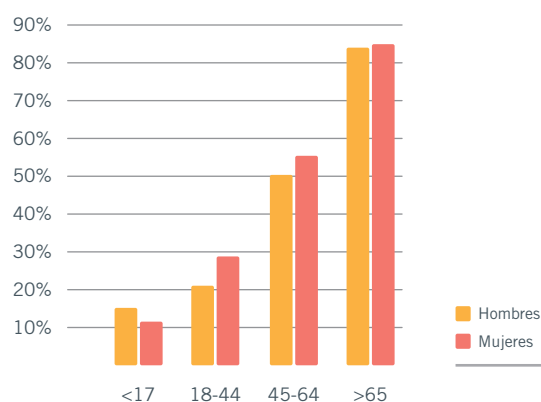
5. Censo de Población y Vivienda de 2011 de la CAPV; Eustat. 2013

6. Registro de mortalidad; Departamento de Salud .Gobierno Vasco

*La población de Euskadi se mantiene estable los últimos años, con una de las esperanzas de vida más altas del mundo, y que además va en aumento, con la consiguiente tendencia al envejecimiento*

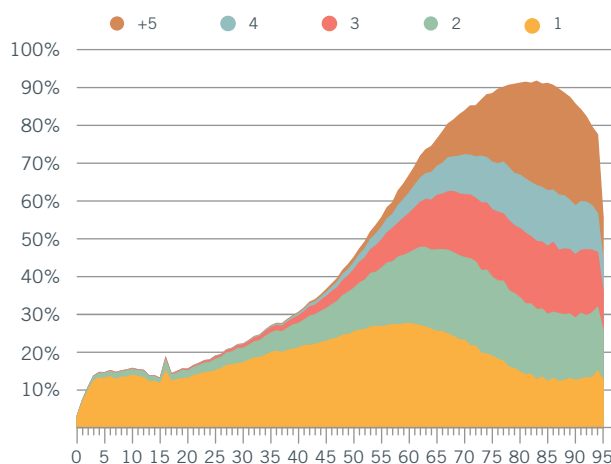
El **envejecimiento de la sociedad** tiene repercusiones claras en la epidemiología, dado que la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad. En Euskadi, esa prevalencia se sitúa en torno al 84%-85% para el grupo de edad de 65 o más años<sup>7</sup>. Salvo en el grupo de edad inferior a los 17 años, la prevalencia es algo superior entre las mujeres. De este modo, en 2010-2011 el 43% de la población de la CAPV tenía al menos una patología crónica, un total de 971.119 personas. De éstas, el 55% tenía dos o más patologías. Entre los mayores de 65 años, especialmente, la multimorbilidad, entendida como la co-existencia de dos o más condiciones crónicas<sup>8</sup>, es una característica cada vez más frecuente.

Prevalencia de enfermedades crónicas por grupos de edad (2010-2011)



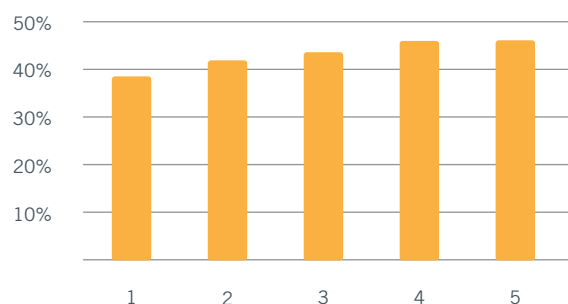
Fuente: PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco; O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2013

Distribución en % de pacientes por nº de enfermedades crónicas (2010-2011)



Fuente: PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco; O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2013

Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por índice de privación en el año 2010-2011



Fuente: PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco; O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2013

Además de las diferencias por género, se aprecian **desigualdades** a nivel socio-económico. Entre las personas con un mayor índice de privación<sup>9</sup> es decir, las pertenecientes al grupo más desfavorecido, la prevalencia de enfermedades crónicas es del 46%. Esta prevalencia desciende al 38% entre aquéllas con un índice de privación de 1, es decir, las pertenecientes al grupo menos desfavorecido.

Esta situación se refleja en el gasto por persona generado por el sistema sanitario público en función del índice de privación. Ese costo, como promedio, es mayor en las personas pertenecientes a los grupos de población más desfavorecidos (39,5% más que el promedio de las personas del grupo menos desfavorecido).

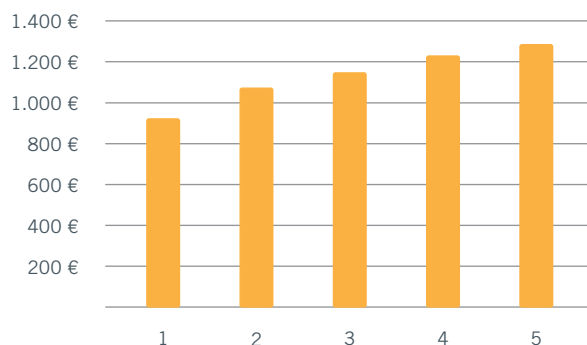
7. PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco 2010-2011

8. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services; JM. Valderas, B. Starfield, B. Sibbald, C. Salisbury, M. Roland. 2009

9. La privación material de un área geográfica o grupo se define como la falta relativa de bienes, recursos o servicios que están ampliamente extendidos en la sociedad en que se inserta. El índice de privación de la sección censal de residencia es utilizado como indicador social. Una sección es la unidad territorial más pequeña en la que puede desagregarse la información del censo de población. Este índice se construyó a partir de indicadores relativos a trabajo (desempleo, trabajadores manuales y eventuales) y educación (instrucción insuficiente total y en jóvenes). En PREST-Base de datos de estratificación del País Vasco, el índice de privación es categorizado en quintiles, siendo 1 la zona de menor privación y 5 la de mayor privación.

Esta situación se refleja en el gasto por persona generado por el sistema sanitario público en función del índice de privación. Ese costo, como promedio, es mayor en las personas pertenecientes a los grupos de población más desfavorecidos (39,5% más que el promedio de las personas del grupo menos desfavorecido).

Coste (AP, especializada, urgencias, ingresos, recetas) por índice de privación en el año 2010-2011 (€)

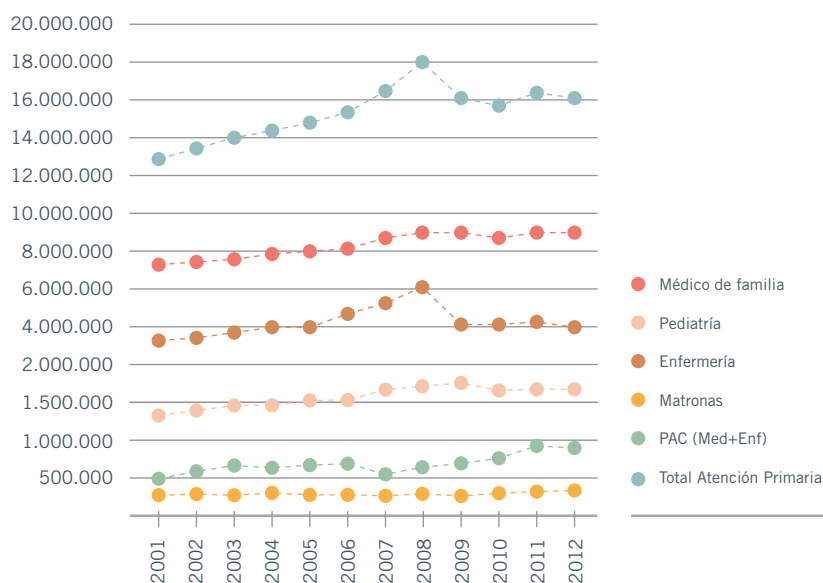


Fuente: PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco. O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2013

*La prevalencia de enfermedades crónicas es creciente con la edad y con la privación socioeconómica, y se aprecian desigualdades por género*

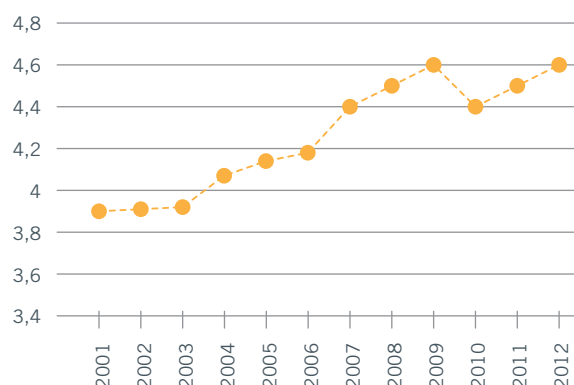
Este cambio demográfico y epidemiológico ha tenido su reflejo en la demanda de asistencia sanitaria. Así, en el periodo 2001-2012, el número de consultas en Atención Primaria (medicina de familia, enfermería, pediatría, matronas y puntos de atención continuada) se ha incrementado un 26%, y la frecuentación media en medicina de familia, un 18,7%. En el ámbito hospitalario, las consultas ambulatorias han aumentado un 19,7%, los ingresos un 16,7% (aunque la estancia media y las estancias totales han disminuido), las urgencias un 3,7% y las operaciones quirúrgicas, un 28,9%. En el ámbito de la salud mental, las altas han aumentado un 2,4%.

Evolución Actividad Atención Primaria. Consultas



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Osakidetza 2001-2012 (se incluyen consultas presenciales como no presenciales, en el centro de salud y a domicilio)

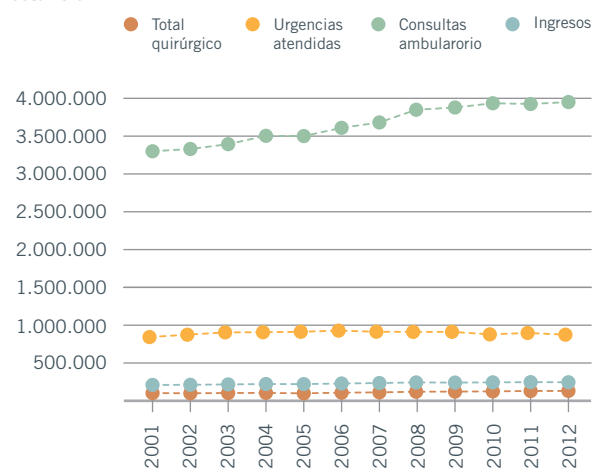
## Frecuentación Medicina de Familia. Consultas por paciente



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Osakidetza 2001-2012 (se incluyen consultas presenciales como no presenciales, en el centro de salud y a domicilio)

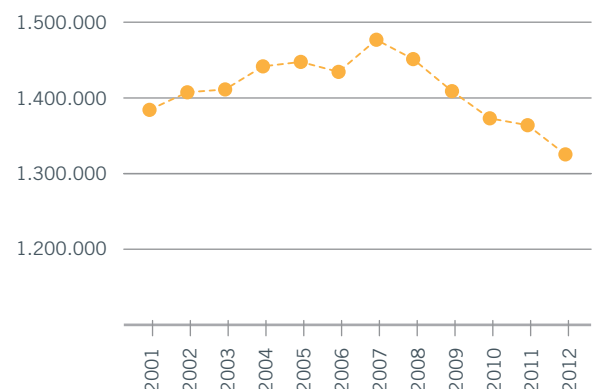
*Durante la última década la frecuentación y actividad sanitaria han aumentado de forma significativa, manteniéndose los estándares de calidad y eficiencia, gracias al servicio y dedicación de las y los profesionales y gestores de Osakidetza*

## Evolución actividad Hospitales de agudos y de media y larga estancia



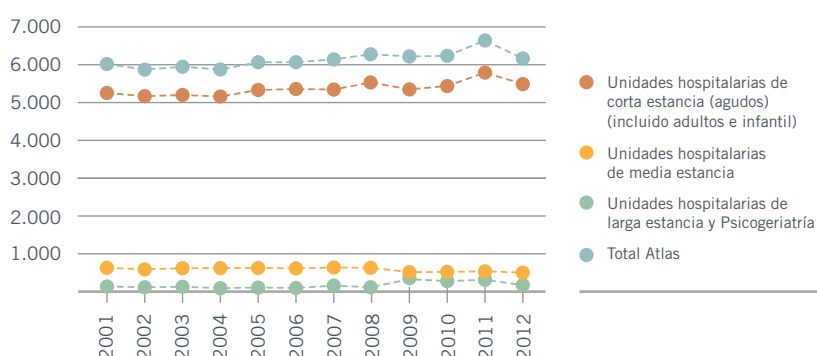
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Osakidetza 2001-2012 (se incluyen consultas presenciales como no presenciales, en el centro de salud y a domicilio)

## Estancias



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Osakidetza 2001-2012 (se incluyen consultas presenciales como no presenciales, en el centro de salud y a domicilio)

## Actividad asistencial psiquiátrica y salud mental. Altas



Nota: a partir de 2009, con motivo del nuevo cuadro de mandos, cambia la recogida de datos, por lo que no es exactamente comparable a las cifras de años anteriores

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Osakidetza 2001-2012 (se incluyen consultas presenciales como no presenciales, en el centro de salud y a domicilio)

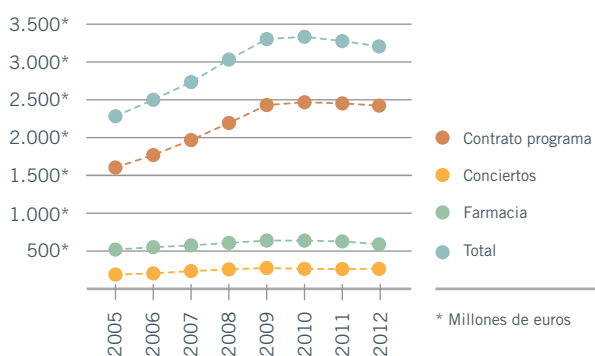
# 1.3. CONTEXTO ECONÓMICO

Como se ha señalado, la salud es uno de los principales activos de nuestra sociedad. Este hecho tiene su reflejo en las cuentas públicas que financian la atención a la salud de la ciudadanía vasca. El hecho de que el **Departamento de Salud sea el que concentra la mayor partida de gasto de los presupuestos del Gobierno Vasco** (35% en 2013), destinando la principal partida económica a **Osakidetza**, es un claro indicador de la importancia concedida por las instituciones a la salud de las personas que viven y trabajan en Euskadi.

**El gasto en atención sanitaria ha venido incrementándose** en los últimos años en el conjunto de los países desarrollados. El avance en tecnologías médicas y en farmacia, la creciente demanda, el envejecimiento, y la cada vez mayor prevalencia de las enfermedades crónicas son algunas de las principales razones que explican esta tendencia.

En los últimos años, en el contexto de crisis económica, se han realizado esfuerzos de **contención del gasto** en todas las partidas, principalmente en gastos de personal<sup>10</sup>, farmacia y asistencia concertada. Es preciso destacar el notable esfuerzo que ha hecho el personal de Osakidetza y de la administración general de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Estas medidas se aprecian en la evolución del gasto sanitario (contrato programa Osakidetza, conciertos y farmacia), donde el gasto realizado en 2012 ha sido de 3.200,6 millones de euros, lo que supone un 3,7% menos que en 2010, y un 2,3% menos que en 2011.

Evolución del gasto anual en Contrato Programa Osakidetza, Farmacia y Conciertos (millones €)



Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2012

Las cifras de las **inversiones** realizadas por Osakidetza en el periodo 2005-2012, más de 800 millones de euros, muestran claramente la determinación por dotar al Servicio Vasco de Salud de infraestructuras modernas y adecuadas que permitan centrarse a partir de ahora en la mejora de la actividad asistencial.

10. Ley 3/2010, de 24 de junio, de modificación de la Ley por la que se aprueban los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el ejercicio 2010, para dar cumplimiento al Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Ley de Presupuestos General de la Comunidad Autónoma de Euskadi de 2011 y ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi de 2012, donde se establece la ausencia de incrementos salariales de carácter general. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

Evolución de las inversiones anuales realizadas por Osakidetza (€)



Fuente. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. 2012

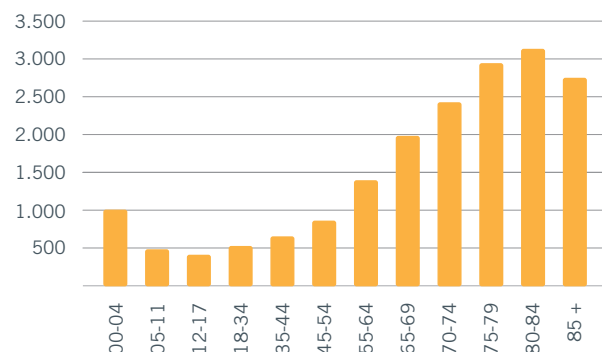
*El gasto sanitario se ha incrementado de manera notable en la última década, y se prevé que la demanda asistencial crezca. Para mantener un modelo sostenible y de futuro, hay que abordar nuevas soluciones y profundizar en aquellas que han demostrado ser efectivas*

A pesar de estos esfuerzos, hay que ser conscientes de que el gasto sanitario seguirá inducido al alza por la introducción y el desarrollo de nuevas tecnologías, la presión de la demanda, los cambios demográficos, el nuevo patrón epidemiológico o por las dificultades para aumentar la productividad propia de los servicios intensivos en capital humano, especialmente en el ámbito de la administración pública<sup>11</sup>.

A modo ilustrativo, se muestra en el siguiente gráfico el coste medio anual de Osakidetza por persona y por rango de edad<sup>12</sup>. Como se puede apreciar, el coste medio crece significativamente a partir de los 55-64 años, grupo de población que, como se ha visto anteriormente, está aumentando en mucha mayor proporción que el resto de la población.

Además, la actual situación de crisis económica-financiera, el descenso en la recaudación fiscal y la consiguiente reducción de la disponibilidad de recursos, exigen un mayor esfuerzo para hacer frente a estos retos y preservar el sistema sanitario público de Euskadi.

Promedio de coste total por rangos de edad en el año 2010-2011 (€)



Fuente: PREST – Base de datos de estratificación del País Vasco; O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. 2013

Las **soluciones** pasan, con más fuerza si cabe, y entre otras, por la promoción de la salud, el fomento de estilos y hábitos de vida saludables, la prevención, una mejor y más efectiva organización, la introducción de tecnologías coste-efectivas, la desinversión en lo que no añade valor y la corresponsabilización de la ciudadanía en el uso de servicios sanitarios.

El documento recoge a continuación las líneas estratégicas que responden a este desafío, con el objetivo esencial y prioritario de preservar el Sistema Sanitario Vasco, público, universal y de calidad, y desde avance que supone pasar de **una visión limitada de la sanidad a un enfoque más integral de la salud**.

11. Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020; JM. Cabasés, UPNA. 2013

12. Coste medio para Osakidetza basado en datos de frecuentación y prescripción reales y costes estandarizados







2.

**OBJETIVO  
GENERAL:  
PRESERVAR EL  
SISTEMA  
SANITARIO  
PÚBLICO DE  
EUSKADI**



Estas Líneas Estratégicas 2013-2016 recogen el firme compromiso del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en Euskadi. Y de hacerlo de una manera sostenible, eficiente y continuada, desde una concepción integral de la salud y los determinantes que inciden en ella. El desarrollo de nuestro sistema de salud es, por tanto, una prioridad política del Gobierno Vasco.

Ello requiere un **diálogo** con el conjunto de agentes sociales involucrados, atendiendo especialmente a las y los pacientes, y partiendo de los propios profesionales sanitarios, identificando y compartiendo con ellos y ellas objetivos en salud.

De este modo y consciente del contexto descrito anteriormente, el Gobierno Vasco propone para el período 2013-2016 las siguientes líneas estratégicas que, teniendo como eje central a las PERSONAS y los principios que sustentan el modelo de salud de Euskadi (universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios, eficiencia y participación ciudadana), marcarán el camino a seguir para preservar como tal nuestra sanidad pública.

## *Preservar el Sistema Sanitario Vasco como público, universal y de calidad*

- Las personas: eje central del sistema de salud
- Respuesta integrada a nuevos retos: vejez, cronicidad y dependencia
- Cultura de prevención y fomento de salud
- Garantizar la sostenibilidad del sistema
- Protagonismo e implicación profesional
- Potenciar la investigación y la innovación
- Protección, defensa y atención de las personas consumidoras y usuarias





# **3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS 2013-2016**





---

# 3.1. LAS PERSONAS: EJE CENTRAL DEL SISTEMA DE SALUD

Las **personas** constituyen el eje central de las acciones que plantea el Departamento de Salud para 2013-2016. El Sistema Sanitario Vasco debe seguir profundizando en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios, eficiencia y participación ciudadana<sup>13</sup>.

El Gobierno Vasco entiende la protección de la salud como un **derecho universal** incuestionable, y no como una consecuencia de la cotización a la seguridad social. Su voluntad es mejorar el Sistema Sanitario vasco, y salvaguardar su naturaleza pública y de calidad para todas las personas que viven en Euskadi.

Y hacerlo, además, desde la **solidaridad**, profundizando en los mecanismos necesarios para garantizar al conjunto de la población residente en Euskadi un acceso equitativo a la atención sanitaria, y que el Sistema Sanitario siga siendo un modelo de redistribución de la riqueza en nuestra sociedad.

La **equidad** es otro de los principios fundamentales. El nuevo Plan de Salud 2013-2020 sostiene que, lograr la equidad en salud, implica que cada persona tenga la misma capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud, independientemente de sus condiciones sociales (posición social, género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios, situación administrativa o país de origen).

Se busca, además, la **calidad** del servicio, para seguir garantizando de modo eficiente y eficaz los derechos de las personas. Así, la seguridad del paciente<sup>14</sup> constituye una prioridad para el Departamento de Salud. En sintonía con las directrices de la OMS para los sistemas sanitarios, se va a impulsar en mayor medida la seguridad del uso de los medicamentos y los hemoderivados, la seguridad quirúrgica, la reducción del riesgo de infecciones asociado a la atención sanitaria, la reducción del riesgo de lesiones por caídas y úlceras por presión, la identificación unívoca de las personas atendidas y la formación en seguridad de profesionales y pacientes, con una clara vocación de mejora en los resultados de salud.

Otro objetivo a destacar es la mejora de la **accesibilidad**, concretamente en lo relativo a tiempos de espera. Es decir, mantener los parámetros habituales de actividad y calidad asistencial y, al mismo tiempo, ir reduciendo la espera media para operaciones y consultas, gestionando las demoras en función de un sistema de prioridades.

13. Ley 8/1997, (de 26 de junio), de Ordenación Sanitaria de la CAPV. 1997

14. Hay trabajos que estiman que alrededor del 8% de los pacientes ingresados en un hospital presentan algún efecto adverso relacionado con su asistencia, y que el 40% de ellos serían evitables. A partir de la publicación del informe "To err is human" (Errar es humano) encargado por el gobierno de EEUU al U.S. Institute of Medicine, y la posterior creación por la OMS, en 2004, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, ésta ha sido definida como una de las directrices de la OMS para los sistemas sanitarios.

*Las personas son el eje central de las actuaciones en salud, sustentadas en los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad, eficiencia y participación*

---

Y, todo ello, cimentado en unas políticas de **eficiencia**, para avanzar en la modernización, viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Para ello, es fundamental el compromiso e implicación de profesionales y gestores.

Unido a la equidad y la propia calidad del servicio, y por la importancia que tiene la comunicación y la empatía en la relación con el paciente, el Gobierno Vasco plantea como objetivo defender el derecho que tiene todo ciudadano y ciudadana a ser atendido en su **lengua** habitual, sea euskara o castellano. De esta manera, tomando como base la última evaluación del Plan de euskara de Osakidetza 2005-2012<sup>15</sup>, se plantea aprobar para finales de 2013 un 2º Plan de euskara de Osakidetza, que además de preservar los derechos lingüísticos de pacientes y trabajadores, se centrará en facilitar la utilización del euskara como lengua de servicio y de trabajo en Osakidetza. Además, se seguirán habilitando mecanismos para atender correctamente a personas que no dominan las lenguas oficiales.

Finalmente, mediante estas Líneas Estratégicas 2013-2016, se pretende potenciar los cauces de **participación ciudadana**. Según la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, la participación ciudadana es uno de los principios programáticos de organización y funcionamiento del sistema sanitario de Euskadi, “tanto en la formulación de los planes y objetivos generales como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución” (artículo 8 b).

*La participación es la vía para conseguir pacientes y ciudadanos y ciudadanas más activos y comprometidos con su salud*

La participación ciudadana es un continuo que va desde la información, la consulta y la participación hasta llegar al empoderamiento de la población, superando así la visión paternalista que la equipara con la información al paciente, avanzando en la concienciación y el compromiso de la ciudadanía con su propia salud, de manera que se convierta en agente activo en la definición, organización y mejora de los servicios de salud.

Además, la evidencia sugiere, de manera creciente, que la participación de las y los pacientes puede llevar a mejores resultados en salud <sup>16/17</sup>, a contribuir a la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente<sup>18/19</sup>, y a ayudar en la eficiencia y en el control del coste de la atención sanitaria<sup>20</sup>.

A nivel operativo, en nuestro contexto, se pretende habilitar canales de participación transparentes, cercanos, dinámicos y efectivos, así como desarrollar más los ya existentes (consejos asesores, encuestas de opinión y satisfacción, plataformas de relación con los usuarios a través de internet como Osarean o Irekia, sistema de quejas y reclamaciones, etc.). Este marco de actuación contempla también crear cauces más estructurados, donde ayuntamientos y asociaciones de pacientes ejerzan un papel fundamental como representantes de la ciudadanía.

15. 2ª evaluación del Plan de Euskara de Osakidetza 2005-2012; Osakidetza. 2013

16. Patient-centered care for the 21st century: physicians' roles, health systems and patients' preferences; R. Epstein, R. Street. 2008

17. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs; JH. Hibbard, J. Greene. 2013

18. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients; A. Coulter, J. Ellins. 2007

19. Patient Participation: current knowledge and applicability to Patient Safety; Y. Longtin et al. 2010

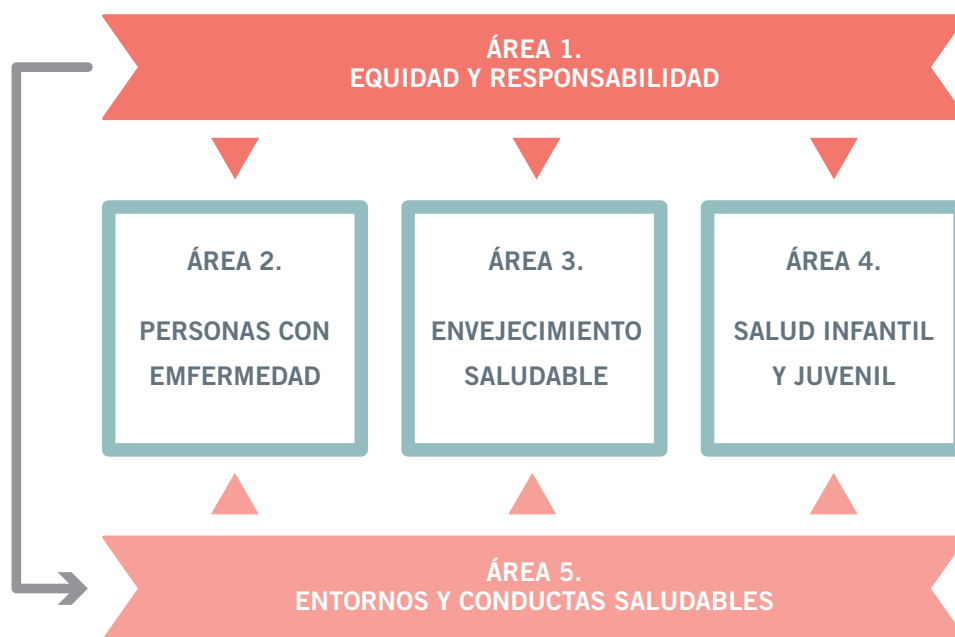
20. Building the business case for patient centered care. PA Charmel, SB Frampton. 2008

En este punto, cabe destacar también la importante vía de participación que aportan las políticas de protección y defensa de las personas consumidoras y usuarias y de sus intereses, que se canalizan a través del Gobierno Vasco y, concretamente, de Kontsumobide, de los ayuntamientos, que cuentan con una importante red de Oficinas Municipales de Información a las Personas Consumidoras (OMIC), y, por supuesto, de las Asociaciones de personas consumidoras y usuarias del País Vasco.

Estos mismos principios (universalidad, solidaridad, equidad, calidad, eficiencia y participación, junto con el elemento troncal de la sostenibilidad) son los que inspiran el Plan de Salud<sup>21</sup> para los próximos años. Se trata de una herramienta fundamental para mejorar la salud de la ciudadanía vasca y propiciar avances en la eficacia y eficiencia en nuestro servicio de salud, y marca las prioridades de actuación de nuestro sistema sanitario para el período establecido.

Para ello, y desde la consideración de las personas como eje central de todas las políticas, propone una serie de objetivos y acciones concretos, estructurados en **cinco áreas prioritarias**, dos transversales y tres referidas a colectivos y grupos poblacionales específicos, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

Conectividad e integración de las Áreas



Plan de Salud 2013-2020

21. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2013-2020



---

## 3.2. RESPUESTA INTEGRADA A NUEVOS RETOS: VEJEZ, CRONICIDAD Y DEPENDENCIA

La segunda línea general que se va a desarrollar a lo largo de esta legislatura es la relativa a **la vejez, la cronicidad y la dependencia**. El progresivo envejecimiento de la población, que proseguirá en el futuro, sitúa a estos pacientes a la cabeza de los retos que deben abordarse desde el sistema de salud, conjuntamente con los servicios sociales.

La orientación a la cronicidad se ha convertido en una prioridad, especialmente en el caso de los sistemas de salud y sociosanitarios occidentales<sup>22</sup>. Los informes de diferentes organismos internacionales apuntan hacia la prevención de las enfermedades crónicas y el desarrollo de modelos de atención integrada centrados en el paciente:

*El envejecimiento de la población y, en consecuencia, el aumento de las enfermedades crónicas, exige una respuesta específica*

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reflejado la importancia de estos aspectos en varios informes<sup>23/24/25</sup>. En marzo de 2013<sup>26</sup> aludía explícitamente en una comunicación a la prensa al impacto de las enfermedades crónicas, señalando al consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta malsana como los principales factores de riesgo, y poniendo énfasis en la prevención y el control.
- La Unión Europea, por su parte, ha publicado varios informes y ha adoptado resoluciones en relación a la cronicidad<sup>27/28/29</sup>.
- Asimismo, la Asamblea general de la Organización de Naciones Unidas adoptó en septiembre de 2010<sup>30</sup> una declaración política sobre la prevención y control de las enfermedades crónicas.

22. Organisation of care for chronic patients in Belgium: development of a position paper. D. Paulus, K. Van den Heede, R. Mertens. 2012

23. Global status report on noncommunicable diseases; World Health Organization. 2010

24. Action plan for implementation of the European Strategy for the prevention and control of non-communicable diseases 2012-2016; World Health Organization - Regional Committee for Europe. 2011

25. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being; In: Proceedings of Regional Committee for Europe; World Health Organization. 2012

26. Enfermedades no transmisibles; nota de prensa; World Health Organization. 2013

27. White Paper - Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013; Commission of the European Communities. 2007

28. Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems; Council of the European Union. 2010

29. European Parliament resolution of 15 September 2011 on European Union position and commitment in advance to the UN high-level meeting on the prevention and control of non-communicable diseases; European Parliament. 2011

30. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases; United Nations General Assembly. 2011

La Estrategia de Cronicidad de la CAPV utilizó el modelo de Wagner (Chronic Care Model)<sup>31</sup>, que cuenta con un amplio reconocimiento internacional, como **marco teórico** de referencia para orientar cambios en el sistema sanitario vasco.

Ahora, se va a profundizar en el **despliegue efectivo** de una estrategia de integración asistencial entre la atención primaria y la atención hospitalaria y de otra serie de iniciativas (sistemas de información compartida, nuevos roles de enfermería, etc.).

## ATENCIÓN INTEGRADA

La OMS propone la **atención integrada** como “un concepto que reúne recursos, organización, gestión y provisión de servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. La integración es un medio de mejorar los servicios en términos de acceso, calidad, satisfacción de la persona usuaria y eficiencia<sup>32</sup>”. Se trata, en definitiva, de dar coherencia y buscar sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más coordinados, más eficientes y, en definitiva, de mayor calidad.

Para conseguirlo no existe una fórmula establecida e inequívoca, pues las circunstancias locales y las características de los sistemas de salud condicionan en la práctica la forma de avanzar en la integración asistencial. En el caso de Osakidetza va a extenderse, como elemento facilitador de la atención integrada, el modelo de **Organizaciones Sanitarias Integradas, las OSI**, que son la agrupación de los centros de atención primaria y su hospital de referencia en una demarcación geográfica definida.

SITUACIÓN ACTUAL



SITUACIÓN PREVISTA  
A 31/12/2015



Fuente: Organización Central de Osakidetza

31. Organizing care for patients with chronic illness; EH Wagner, BT Austin, M. VK. 1996

32. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated Health Care Services; World Health Organization. 2001

---

La atención integrada propuesta se desarrollará sobre **tres ejes**:

- Cambios en la fórmula de gobierno de las organizaciones sanitarias.
- Cambios organizativos, potenciando en mayor medida la cultura de trabajo conjunto.
- Y finalmente, como resultado de los dos anteriores, una mayor integración de los servicios clínicos con cambios en los procesos asistenciales y en la relación entre las y los profesionales y sus roles.

*Habrá integración asistencial entre la atención primaria y la hospitalaria, desarrollando el modelo OSI, adaptado a los contextos comarcales de Euskadi*

Este modelo permitirá trabajar en procesos integrados, **evitando duplicidades e ineficiencias** que puedan seguir existiendo, y posibilitará que los y las pacientes -que para una misma patología sean tratados simultáneamente en ambos niveles asistenciales- identifiquen claramente quién es su médico responsable.

A su vez, la integración constituye el sustrato ideal para desarrollar la colaboración entre profesionales y entre servicios asistenciales propiciando trabajar en equipo; compartir tanto información como metas y objetivos; y formalizar acuerdos y protocolos de actuación; todo ello en beneficio de las personas usuarias del sistema.

El modelo de gobernanza de las OSI supone desplegar la actividad bajo una dirección única y conjunta y, en consecuencia, una disminución de las estructuras directivas y administrativas, lo que redundará en su eficiencia. Permite además la participación ciudadana a través de los ayuntamientos correspondientes. Cada OSI tiene asignado un ámbito geográfico definido y, por tanto, una población de cuya salud es responsable, así como unos recursos financieros a gestionar con eficiencia. El desarrollo de la integración se irá extendiendo a las estructuras de salud pública y al ámbito sociosanitario.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA COMPARTIDA

Las posibilidades de las nuevas tecnologías han permitido avanzar en el acceso a una información única y compartida desde los diferentes niveles asistenciales. **Osabide Global**, la historia clínica electrónica de Osakidetza, constituye una herramienta cuyo desarrollo pleno permitirá al paciente ser el verdadero centro de la atención; y al profesional, tener una visión integral y global del o la paciente o usuario/a de la sanidad vasca, independientemente del nivel asistencial en que se encuentre, facilitando así la toma de decisiones.

Mediante Osabide Global y su despliegue para todos los niveles asistenciales y profesionales, éstos pueden disponer del 100% de la información clínica de un o una paciente durante las 24 horas del día y desde cualquier punto de atención del Sistema Sanitario público Vasco. De ese modo, se prestará una atención continua, al margen de dónde se preste la asistencia sanitaria, con seguridad, y con una visión global e integral. Además, se propiciará la implicación, coordinación y comunicación entre profesionales de distintos servicios y organizaciones.

---

Osabide Global está siendo implantado progresivamente en todos los hospitales de Osakidetza, los ambulatorios de especialidades, la red de salud mental y los centros penitenciarios. No todos los módulos incorporados por esta herramienta están desplegados en todos los centros, así que, en el periodo 2013-2016 se culminará su desarrollo en todos los centros.

A su vez, desde 2004 se utiliza Osabide AP en atención primaria y, aunque este sistema también permite acceder a determinada información registrada en la atención hospitalaria, se pretende avanzar en el desarrollo y despliegue de Osabide Global también para este nivel asistencial, para así poder hablar de una historia clínica única, y no de dos sistemas interconectados. Esta extensión se hará de manera armonizada de forma que las funcionalidades de atención primaria se incluyan dentro de Osabide Global.

*Osabide Global es la historia clínica electrónica de Osakidetza. Su despliegue completo y definitivo aportará una información integral del paciente en todos los niveles asistenciales*

Paralelamente se está trabajando en el desarrollo informático para su utilización también en euskara, de forma que se pueda disponer de una historia clínica digital única en los dos idiomas oficiales de Euskadi.

Osabide Global favorecerá un cambio cultural, situando al paciente como protagonista y propietario de sus datos clínicos, y a la administración sanitaria como gestora y responsable de la custodia de los mismos.

La **receta electrónica o e-rezeta** es otro elemento clave de los sistemas de información clínicos. Supone, por un lado, la integración de los procesos de la prestación farmacéutica (prescripción, visado, dispensación y facturación) y, por otro, la agrupación en un historial farmacoterapéutico único de todos los tratamientos prescritos por los diferentes facultativos que pueden atender a una misma persona.

La introducción de la e-rezeta supone un cambio en el modelo de gestión de la prestación farmacéutica, pasando del concepto de prescripción de fármacos a la instauración de planes farmacoterapéuticos integrados. Permite un uso más seguro y eficiente del medicamento, por ejemplo a través de alertas de interacciones y dosis máximas, minimizando errores en el proceso de prescripción/dispensación y ayudando a mejorar el cumplimiento farmacoterapéutico. La e-rezeta supone también para el paciente una importante reducción de los trámites administrativos y de los desplazamientos a los centros de salud.

A finales de 2011 comenzó el despliegue de un nuevo módulo de Prescripción en Atención Primaria, como paso previo a la implantación de la receta electrónica. Se ha desplegado en todos los centros de AP y se está realizando de forma gradual en los centros de salud mental. Se ha realizado un proceso de revisión y mejora del sistema de prescripción, tanto a nivel de estabilidad como de velocidad, lo que redundará en un ahorro de tiempo para personas usuarias y profesionales. Este proceso de mejora se ha concretado en un nuevo módulo de prescripción electrónica, *Presbide*, lo que permitirá culminar su despliegue en el conjunto de la atención hospitalaria y su integración con las farmacias.



---

La extensión de la e-rezeta se está desarrollando de forma progresiva. El proyecto piloto desarrollado con anterioridad en 9 municipios y 21 farmacias ha permitido extraer conclusiones sobre el funcionamiento del sistema; esto ha servido para solventar diferentes problemas técnicos como por ejemplo, los encontrados en el módulo de prescripción. Del mismo modo, la estrategia de extensión gradual del sistema ha permitido la evaluación y mejora continua del sistema e-rezeta. Se prevé que para finales de 2013 la e-rezeta esté extendida a todos los municipios vascos. Es necesario resaltar como un factor clave en el desarrollo e implantación de la receta electrónica la colaboración y buen hacer de los tres Colegios Oficiales de Farmacéuticos, de las oficinas de farmacia y del conjunto de sus profesionales.

*Disponer de una información clínica y farmacéutica única y accesible es clave para el trabajo coordinado entre niveles asistenciales*

## NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA

En los últimos años, Osakidetza ha avanzado en una propuesta para el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería. Para ello se han diseñado y llevado a cabo ocho experiencias piloto, con intervención sobre 900 pacientes y la participación de 24 profesionales de Enfermería que han combinado diferentes roles: Enfermería Gestora de Enlace Hospitalario, Enfermería Gestora de la Continuidad y Enfermería Gestora de Competencias Avanzadas. En el período 2013-2016 se darán pasos adelante en el desarrollo y despliegue en las organizaciones de Osakidetza de dos de estos perfiles:

*Enfermeras y enfermeros deben adoptar un nuevo rol y un mayor protagonismo en la asistencia sanitaria*

- La **enfermería de enlace hospitalario**, que facilitará la continuidad de cuidados de las y los pacientes que requieren hospitalización tanto al ingreso como al alta.
- La **enfermería de práctica avanzada en Atención Primaria**, que permitirá una mejor intervención con pacientes complejos en su domicilio, y facilitará también la interacción con los servicios sociales de base.

Se va impulsar la reorientación de profesionales de enfermería hacia estos nuevos perfiles. No se trata sólo de aumentar el número de enfermeras y enfermeros, sino de modificar sus funciones actuales para alinearlas con las necesidades de continuidad de cuidados que tienen los y las pacientes, especialmente en el caso de quienes presentan complejidades y pluripatologías.

---

# REORIENTACIÓN DE LAS FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA EN BASE A CRITERIOS DE SALUD POBLACIONAL

Como se ha señalado en la introducción, el incremento de la población de edad y lo que implica en necesidades asistenciales, exigen una reorganización de las funciones tradicionales del sistema de salud.

La OMS señala que la calidad y, en particular, la continuidad y eficiencia de los servicios de salud proporcionados a una población, dependen de la calidad de sus equipos de atención primaria, con el apoyo de una red de servicios especializados, de prevención, servicios de diagnóstico y hospitalarios locales<sup>33</sup>.

Las Líneas Estratégicas 2013-2016 van en esa dirección. Así, la atención primaria debe protagonizar, aún más si cabe, desde un enfoque de salud poblacional, la intervención sobre pacientes crónicos, con un esfuerzo particular en los colectivos con mayor necesidad por pluripatología, dependencia o fragilidad. El enfoque de salud poblacional va dirigido a mejorar los resultados en salud de la población y a reducir las desigualdades de salud. Los equipos de atención primaria tienen un papel clave en su desarrollo. Así, una gestión poblacional de la salud conlleva una intervención activa y preventiva, según niveles de riesgo, sobre el conjunto de población, frente a una forma de intervención reactiva limitada a la demanda que llega a los servicios de asistencia sanitaria. El objetivo es potenciar el papel de los y las profesionales de atención primaria como gestores del proceso, manteniendo y tratando al paciente en el nivel de menor complejidad, de acuerdo a sus necesidades de salud. Hay herramientas, como la estratificación poblacional, que pueden ser de utilidad para esta labor.

*El reto de la vejez, cronicidad y dependencia implica una reorganización de las funciones de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria*

Por su parte, la atención hospitalaria debe reforzar su papel de referente para patologías complejas y personalizar la atención en este grupo de pacientes, en la utilización de alta tecnología diagnóstica y terapéutica. La atención hospitalaria debe impulsar en mayor grado su labor de consultor del médico de AP, especialmente en los pacientes pluripatológicos.

La búsqueda de resultados tanto en la mejora de la salud poblacional como en la reducción de desigualdades se complementa con la definición de objetivos de disminución de los tiempos de demora para acceder a los servicios adecuados a las necesidades de los pacientes y conformes a los requisitos de la normativa. Así, en relación a las esperas en Atención Primaria, el objetivo es que las agendas de médicos de familia, pediatras y enfermeros garanticen la atención para procesos agudos en un tiempo inferior a 48 horas; y que las consultas indemorables sean atendidas adecuadamente. En atención hospitalaria, las esperas quirúrgicas y las de consultas y pruebas complementarias se ajustarán a lo establecido en los respectivos decretos de garantía de demora: en cirugía oncológica, el plazo será inferior a 30 días; en cirugía cardíaca, inferior a 90; y en el resto de cirugías, inferior a 180 (decreto 65/2006); y en consultas, inferior a 30 días para oncología y cardiología y sus correspondientes exploraciones complementarias (Decreto 230/2012).

33. Primary Health care: now more than ever; World Health Organization. 2008

---

# EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE

Uno de los objetivos generales para el período 2013-2016 es impulsar que el paciente se convierta en un agente cada vez más activo y responsable en todo lo referente a su salud<sup>34</sup>. Esto es especialmente importante en el caso de pacientes con enfermedades crónicas. Un mejor nivel de conocimiento y gestión de su propia enfermedad les permite una participación informada en la toma de decisiones clínicas y una mejora de los resultados en salud<sup>35</sup>.

En este ámbito, se pretende avanzar a través de la labor y compromiso de los propios profesionales sanitarios, especialmente de enfermeras y enfermeros, mediante acciones de educación sanitaria dirigidas a pacientes, como la **Escuela de Pacientes-Osasan Eskola**. Bajo este concepto, se agruparán diferentes iniciativas en torno al empoderamiento de la persona usuaria, partiendo de la experiencia y de los resultados del proyecto Paciente Activo-Paziente Bizia, cuyo objetivo es capacitar a las personas para la autogestión de su enfermedad.

*Las iniciativas de empoderamiento en la mejora de su salud contribuyen a formar pacientes más comprometidos y menos dependientes, con mejores resultados en salud*

## COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

Para atender adecuadamente la vejez, la cronicidad y la dependencia, es indispensable trabajar en coordinación con las áreas de bienestar social de las distintas instituciones. Es decir, propiciar el acuerdo y el despliegue de acciones conjuntas entre los sectores sanitario y social, para prestar una atención sanitaria y sociosanitaria sin fragmentaciones, en beneficio de la ciudadanía en su conjunto.

El recorrido de años anteriores permite profundizar en una mayor colaboración y una mejor coordinación entre los departamentos e instituciones implicadas, en aras a la prestación de un servicio integrado y de calidad. Las bases y principios se detallan en el convenio de colaboración de 2003 y en el documento marco de 2010 consensuados entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y EUEDEL.

Los servicios públicos deben ofrecer la mejor respuesta a las necesidades de las personas que, por causa de graves problemas de salud, limitaciones funcionales y/o riesgo de exclusión social, requieren una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad asistencial. Por ello, el Gobierno Vasco apuesta por un modelo que incorpore la valoración integral de las y los pacientes y englobe todos los elementos de atención a la cronicidad, vejez y dependencia desde la vertiente de la atención sociosanitaria, con la consiguiente racionalización, reorganización y coordinación de servicios, y no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos.

Esto significa proporcionar una atención adecuada, de calidad, centrada en la persona, en el momento oportuno, y desde el dispositivo de menor nivel de complejidad, con una perspectiva de estrecha colaboración entre el sector social y el de salud. Experiencias de teleasistencia como las de las Diputaciones Forales y, a partir de 2011, la de BetiON, en las que la

34. De acuerdo a la European Network on Patient Empowerment, empoderar al paciente significa proveerle con las oportunidades y el contexto necesario para desarrollar las aptitudes, confianza y conocimiento para pasar de ser un receptor pasivo de asistencia sanitaria a un agente activo en la atención de su propia salud.

35. Evidence: Helping people help themselves; Health Foundation. 2011

---

plataforma de teleasistencia se convierte en soporte de servicios sanitarios y sociales de valor añadido, muestran que el ámbito de la innovación es clave para la vertebración del mundo sociosanitario.

El domicilio es el lugar más adecuado para recibir los cuidados sociosanitarios, incluyendo el complejo abordaje del final de la vida.

En esta línea, se proponen una serie de medidas concretas:

*La colaboración sociosanitaria es necesaria para una atención integral a las necesidades de salud*

- Definición de metas y objetivos comunes, en lo relativo a las personas en situación de dependencia y cronicidad.
- Impulso a la interrelación y colaboración entre los profesionales de ambos sectores, avanzando en una cartera de servicios y recursos compartida.
- Redacción y desarrollo de un Plan de Comunicación Sociosanitario, para cooperar con el conocimiento y las capacidades mutuas, y desarrollar acciones conjuntas. Es importante definir también un lenguaje común entre las y los profesionales, partiendo de la base del equipo de atención primaria sociosanitaria, desplegando el modelo desde el domicilio hacia los dispositivos de mayor complejidad.
- Formalización de acuerdos entre los sectores sanitario y social, con el objetivo de compartir e integrar la información necesaria, en beneficio de la atención a las personas con dependencia.
- Desarrollar un modelo de gobierno integrador, a través del Consejo Vasco y los consejos territoriales de Atención Sociosanitaria, y de las comisiones que éstos desplieguen; y buscar fórmulas de acuerdo y financiación colaborativa que contribuyan a este desarrollo.

## FARMACIA

El Gobierno Vasco apuesta por la plena integración de las Oficinas de farmacia como agentes de salud, a través del desarrollo de programas de atención farmacéutica, en coordinación, especialmente, con los servicios de Atención Primaria. Para ello, la receta electrónica, e-rezeta, constituye una herramienta muy útil, como sistema de información clínica compartida.

*La prestación farmacéutica es un elemento clave para conseguir mayor calidad y eficiencia en el sistema sanitario*

Partiendo del uso racional del medicamento como principio claro, en los próximos años se van a seguir impulsando la prescripción por principio activo, la prescripción de genéricos -tratando de alcanzar niveles europeos-, y la información terapéutica sobre fármacos nuevos y en uso, tanto a profesionales como a pacientes.

Asimismo, se abordará la prestación farmacéutica en el ámbito sociosanitario y, en concreto, la ordenación de servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros y residencias sociales.

Además, en los próximos años se va a continuar con los procesos de compra centralizada en farmacia hospitalaria, y se incorporarán contratos de riesgo compartido ligados al éxito terapéutico en aquellos fármacos de nueva introducción, cuando esta modalidad sea posible.

Y, por último, se reclamará ante el Ministerio de Sanidad y Consumo la participación de Euskadi en las comisiones encargadas de la autorización, registro, fijación de precios y condiciones de financiación de los medicamentos en el ámbito estatal.

---

## 3.3. CULTURA DE LA PREVENCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD

En la introducción se aludía a la importancia de la salud, como uno de los valores más apreciados por la ciudadanía, y al necesario impulso que se debe dar a la cultura de la promoción de la salud. El Gobierno Vasco, desde su compromiso con las personas como eje central del sistema de salud, considera prioritario fomentar la corresponsabilidad de la ciudadanía como agente activo en el mantenimiento y cuidado de su salud, posibilitando, en su caso, el conocimiento, prevención y gestión de la enfermedad y contribuyendo, así, a consolidar una sociedad más saludable y con mayor calidad de vida.

Debemos trabajar, desde todos los ámbitos, en una cultura de la salud, incidiendo de forma especial en la promoción y la prevención, desde el convencimiento de que la salud es, y debe ser, un compromiso de todas las personas y de todos los poderes públicos en Euskadi. Especialmente en una sociedad avanzada como la nuestra, que ha vivido en las últimas décadas importantes cambios sociales y culturales con consecuencias directas en la salud de las personas. Vivimos mejor, es cierto, pero también sabemos que se han extendido estilos de vida poco saludables en lo relativo a la alimentación, actividad física y consumo de sustancias que pueden ser adictivas. Por todo ello, creemos necesario hacer un especial hincapié en fomentar la promoción y la prevención de la salud, respecto a estilos de vida y valores y hábitos saludables, atendiendo a materias como la dieta, el ejercicio físico, la alimentación o el consumo de alcohol y tabaco.

Así, se debe dotar a la salud pública de más peso y prioridad en el sector sanitario, promoviendo los abordajes intersectoriales, la estrategia de «Salud en Todas las Políticas» y la evaluación del impacto en salud.

La reorientación de los servicios es el puente estratégico para transformar los sistemas de salud, orientándolos a la promoción de la salud. La comunidad se constituye en el motor dinamizador de la acción (empowerment).

De este modo, las políticas en materia de salud pública y adicciones ocupan un lugar preponderante en estas Líneas Estratégicas. La sociedad cambia (y cambian la demografía, el consumo, la tecnología, los estilos de vida, etc.), y se considera fundamental integrar el conjunto de los servicios de salud pública bajo un mismo manto. Desde este prisma, los servicios de protección de la salud se van a complementar con los de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, los de salud medioambiental, los de seguridad alimentaria y vigilancia y los de prevención de las adicciones, para así dar respuesta adecuada e integral a las necesidades de esta sociedad cambiante y atender a las situaciones de mayor desigualdad.

---

En este sentido, consideramos necesario el desarrollo efectivo de un enfoque de salud poblacional en el que Atención Primaria y Salud Pública trabajen de forma integrada en la promoción de la salud individual y colectiva y la prevención de la enfermedad. Experiencias como "Aulas sin Humo" o "Prescribe Vida Saludable" aportan vías de avance en la materia.

*La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud consolidan una sociedad más saludable y con mayor calidad de vida*

La atención a la salud debe incluir las actividades en materia de prevención, promoción de la salud y atención comunitaria, además de la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio de la persona enferma y la indicación o prescripción y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Las crisis de salud pública producidas en los últimos años en el ámbito internacional, las crecientes expectativas de la población en esta materia, y las profundas transformaciones sociales (muy especialmente en lo relativo a la movilidad de personas, bienes y mercancías), hacen necesario revisar la adecuación de los servicios de salud pública a los retos de la globalización de los riesgos. Se precisan respuestas de prevención y control que sean efectivas, homogéneas, éticas y transparentes, y que contribuyan a generar confianza y seguridad en la ciudadanía.

Se contempla, asimismo, la puesta en marcha de un Observatorio de Salud y Adicciones que, tomando como base el actual Observatorio de Drogodependencias, abordará, en los ámbitos de investigación, análisis y comunicación, los factores determinantes de la salud, las desigualdades, las respuestas del sistema sanitario y las adicciones.

El Departamento de Salud considera que, a pesar de que los niveles de consumo de drogas en Euskadi han bajado respecto a épocas anteriores, hay que mantener la vigilancia y, sobre todo, los programas y acciones de prevención y formación. Así, se desarrollará y completará el VI Plan de Adicciones 2011-2015, en línea con lo establecido en la Estrategia de la UE en materia de drogas 2012-2015, y se presentará un proyecto de ley de adicciones que actualice la normativa en esta materia, adecuándola al nuevo contexto y realidades.

Se continuará trabajando en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del SIDA, en colaboración con los agentes sociales afectados. Se establecerán, igualmente, mecanismos para detectar e intervenir en caso de aparición de enfermedades emergentes.

Y en lo relativo a la salud alimentaria, se quiere incidir en varios ámbitos, en colaboración con Kontsumobide y otros departamentos del Gobierno Vasco:

- Acuerdo marco con la industria alimentaria de Euskadi para incorporar criterios de salud en la elaboración de alimentos.
- Acuerdo intersectorial para fomentar una alimentación saludable en comedores colectivos (centros sanitarios, escuelas, universidades, empresas, sociales etc.).
- Formación en dieta saludable en las escuelas.

---

## 3.4. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

El Gobierno Vasco y, consecuentemente, el Departamento de Salud y Osakidetza gestionan unos recursos económicos cada vez más limitados, habida cuenta de la situación generada por la crisis económica y el descenso de la recaudación. Al mismo tiempo, el contexto social conlleva un incremento del gasto sanitario, dada la creciente presión asistencial.

*Todas las actuaciones deben contribuir a preservar el sistema sanitario público, universal y de calidad*

Ante esta situación, sólo cabe una gestión eficiente y prudente de los recursos, para que el sistema sanitario público, de calidad y plenamente orientado a la ciudadanía, tenga garantizado su futuro y siga respondiendo a la sociedad en términos de calidad y de servicio.

Gracias a la mejora en la productividad en la que se ha implicado el conjunto del sistema de salud, y gracias también a la responsabilidad de profesionales y gestores, se ha conseguido frenar la tendencia de incremento de gasto sanitario. Para profundizar en esta dirección, se están tomando diferentes medidas concretas que, de forma directa o indirecta, contribuirán sin duda a la contención de dicho gasto:

- Reducción y reorganización de estructuras (Departamento de Salud, Osakidetza, resto de organismos dependientes, I+D+i sanitaria).
- La reorganización de las organizaciones sanitarias en base al modelo OSI. La integridad y continuidad asistencial, además de mejorar la atención al paciente, permitirá evitar duplicidades, aprovechando sinergias, adecuando estructuras administrativas y de gestión, y disminuyendo el número de directivos de Osakidetza.
- Financiación y contratación orientadas a necesidades y resultados en salud. Así, los contratos-programa de las organizaciones de Osakidetza y los conciertos con entidades privadas se orientarán preferentemente a retribuir resultados cualitativos en salud, en vez de resultados cuantitativos de actividad sanitaria. La propia contratación de servicios sanitarios incentivará la integración asistencial, potenciando la coordinación interdisciplinar y el trabajo en equipo.
- Concentración de servicios hospitalarios de muy alta especialización, y su distribución en los diferentes territorios, con el objetivo de ordenar racionalmente la cartera de prestaciones y mejorar el resultado clínico de las mismas.
- Plan director de laboratorios de Osakidetza, con el fin de optimizar y racionalizar la oferta de diagnóstico biológico. Concentrar determinadas pruebas es eficiente, a la vez que puede permitir disminuir la concertación externa de algunas pruebas complejas, costosas y de baja frecuencia. Se trata de desarrollar un modelo de red de diagnóstico biológico, que busca englobar a todos los laboratorios clínicos de Osakidetza

*La mejora y la sostenibilidad del sistema pasan por la integración asistencial, la contratación orientada a resultados en salud y la concentración de servicios hospitalarios especializados*

- 
- Políticas de compra encaminadas a alcanzar economías de escala, para negociar mejoras de precios, mediante procesos de compra centralizada en farmacia, material sanitario, tecnología y, en su caso, en algunos servicios externos.
  - Uso racional del medicamento (prescripción por principio activo, prescripción de genéricos, e información terapéutica sobre fármacos nuevos y en uso).
  - Impulso a la evaluación de tecnologías sanitarias, especialmente antes de su introducción en el sistema, ajustando la utilización de recursos a las evidencias disponibles.



---

# 3.5. PROTAGONISMO E IMPLICACIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES

Una de las principales fortalezas del sistema sanitario público vasco son sus profesionales. Su compromiso, participación y liderazgo compartido en la toma de decisiones, deben ser claves en la preservación del propio sistema público.

*Osakidetza son personas que trabajan con y para personas*

El Gobierno Vasco trabajará para integrar en mayor grado a los y las profesionales, promoviendo su participación, la innovación y la mejora continua, orientando el sistema a la obtención de resultados, con una filosofía de diálogo, voluntad de acuerdos y de corresponsabilidad entre trabajadores, sus representantes, y gestores. Si somos capaces entre todos y todas de generar estabilidad e ilusión, conseguiremos que las personas que forman parte del sistema sanitario público vasco se sientan identificadas con los valores intrínsecos de Osakidetza y con la calidad de servicio que está obligada a prestar a la sociedad, y vean, asimismo, aclaradas las dudas e incertidumbres que la actual situación pueda generar.

En concreto, las Líneas Estratégicas 2013-2016 contemplan:

- en materia de personal, acometer un proceso de planificación y ordenación que permita disponer de profesionales suficientes y con adecuada formación, para dar adecuada respuesta a los cambios que la organización precisa.
- acceso a la formación continuada, como herramienta para asegurar la cualificación óptima; y potenciar el desarrollo profesional de los trabajadores y trabajadoras de Osakidetza.
- impulso del conocimiento y uso del euskara en Osakidetza, por medio de un nuevo plan de normalización, que contribuya a garantizar los derechos lingüísticos de pacientes y trabajadores. Este nuevo enfoque en la euskaldunización debe estar orientado, no solamente a la obtención de los perfiles lingüísticos<sup>36</sup>, sino, sobre todo, a facilitar la utilización del euskara como lengua de comunicación, servicio y trabajo en Osakidetza.
- estricto cumplimiento de la normativa laboral pactada en el ámbito de las relaciones laborales y, especialmente, su aplicación homogénea en las diferentes organizaciones, en el acceso al trabajo temporal y en las medidas de conciliación familiar. En definitiva, Osakidetza es el principal empleador de Euskadi.

*Planificación y ordenación de profesionales en número y cualificación, formación continuada para el desarrollo profesional, cumplimiento de la normativa laboral y uso del euskara*

36. De acuerdo a la 2ª evaluación del Plan de Euskara de Osakidetza 2005-2012, actualmente el 25% de los profesionales tienen acreditado el perfil lingüístico de su plaza. El número de profesionales con acreditación lingüística de plaza se ha duplicado desde 2008.



---

## 3.6. POTENCIAR LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

Euskadi mantiene intacta su apuesta por la economía basada en el conocimiento y la innovación emprendida hace años, máxime en un contexto en que los países innovadores y que invierten de manera sostenida en I+D demuestran sobrellevar mejor la crisis y la destrucción de empleo.

La salud es uno de los sectores más intensivos de conocimiento, también en el País Vasco, y representa una plataforma única para una especialización inteligente como país en ámbitos como la industria de ciencias de la vida (incluyendo farmacéutica y biotecnológica), sociosanitaria y del cuidado, y las tecnologías de información y comunicación aplicadas a salud humana, y el desarrollo de maquinaria y equipamiento. En este sentido, Euskadi es pionera, desde el lanzamiento en 2002 de la Estrategia Bio-Basque 2010, reconocida por Europa<sup>37</sup> como una estrategia de especialización (o diversificación inteligente). El papel tractor del entorno sanitario contribuye a generar un círculo virtuoso de mejora e innovación sanitaria y desarrollo económico.

En este sentido, las actividades de I+D+i impulsadas desde el Departamento de Salud como una de sus líneas estratégicas, estarán alineadas con las actividades de otros actores dentro de un contexto o marco general de coordinación y planificación interdepartamental derivado de las grandes apuestas estratégicas de país.

Pero sobre todo, las actividades de investigación e innovación son vitales porque generan y aplican a la práctica clínica un conocimiento que redunde en el mejor cuidado de la población y en el bienestar social, y son fuente de innovación que revierten en la mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema. Además, han de servir para preparar al sistema ante los cambios futuros. En consonancia con otras líneas estratégicas, el gran reto actual radica en integrar la asistencia y la investigación de manera que todo acto asistencial lo sea también de investigación y viceversa.

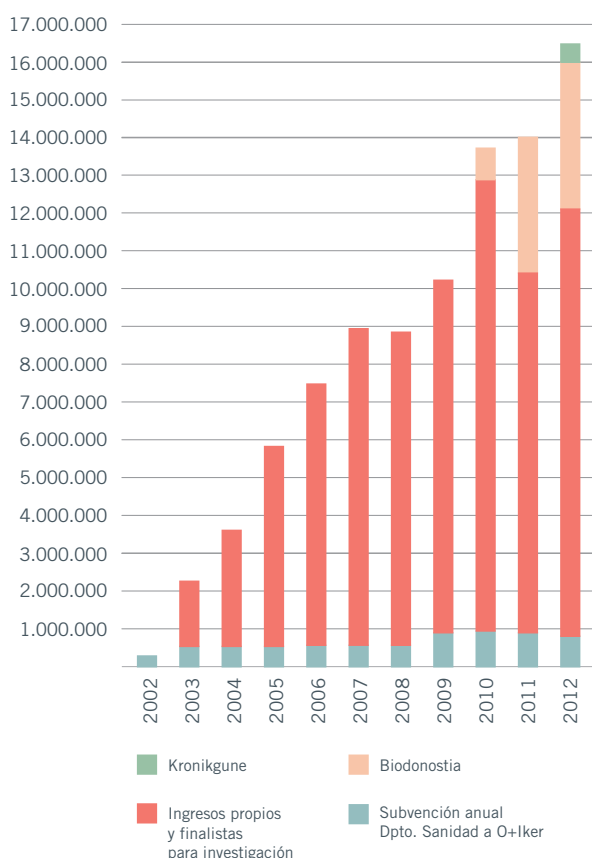
En el País Vasco, las actividades de investigación e innovación en el entorno sanitario han crecido en volumen y relevancia durante las últimas décadas y, en particular, desde 2002, año en el que se creó la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias, BIOEF.

*La investigación genera conocimiento y permite preparar al sistema ante los cambios futuros*

En la etapa actual, los esfuerzos deben estar enfocados principalmente a la consolidación de las actividades de I+D+i, a través de la planificación y el establecimiento de líneas estratégicas, y de una gestión eficiente y eficaz. Esta dimensión a doble nivel estratégico-operativo, incluye la preparación del sistema para la adopción a medio y largo plazo de los nuevos paradigmas en torno a la medicina molecular.

37. RegioStars Awards 2011

Ingresos anuales por proyectos de investigación generados en el Sistema Sanitario Público Vasco (€)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de BIOEF – Fundación Vasca para la Innovación e Investigación Sanitarias. 2013

*La consolidación de las estructuras permitirá disponer de un músculo investigador e innovador que dé respuesta a las necesidades de transformación, presentes y futuras, del sistema*

La consolidación requiere, por una parte, la racionalización y reordenación de las estructuras que se dedican a la gestión de la investigación e innovación biosanitaria alrededor de BIOEF como nodo central y el desarrollo de un modelo de gobernanza claro, robusto y ágil, y por otra, el apoyo a los activos e infraestructuras biosanitarias (Institutos de Investigación Sanitaria, Biobanco, redes, etc.) dentro de un marco de financiación estable.

Todo ello supondrá un mayor aprovechamiento de recursos y sinergias, y permitirá detectar las oportunidades, ordenar, evaluar, seleccionar, y administrar mejor las experiencias, capacidades e instrumentos de la I+D+i.

Las aportaciones de la investigación biomédica y organizativa deben ser completadas en el campo de las tecnologías emergentes, de digitalización y computación, y su incorporación, para proporcionar la mejor evidencia posible en la que basar las decisiones clínicas y el cuidado asistencial.

Desde el Departamento de Salud se proponen una serie de actuaciones de apoyo a la I+D+i que permiten generar conocimiento relevante y que faciliten su aplicación para lograr impacto, clínico y económico:

- Apoyo a proyectos de investigación de naturaleza básica, clínica, epidemiológica, en servicios sanitarios, y de implementación, realizados por el sistema sanitario y en colaboración con otros agentes.
- Apoyo a la investigación traslacional y aceleración del avance desde los resultados de laboratorio a la aplicación en pacientes.
- Impulso a los procesos de innovación, generada tanto internamente como fuera del sistema sanitario, como motor de cambio y de desarrollo económico.
- Mejora de procesos, herramientas y normativas para facilitar el desarrollo de la investigación traslacional y favorecer la competitividad del sistema sanitario y de la industria biomédica vasca.
- Impulso a la incorporación al sistema sanitario de nuevos paradigmas, como la medicina personalizada (para la que la estratificación es un primer paso) o de precisión, que mejoren la atención al paciente y sean un campo de desarrollo para la industria biomédica vasca

---

## 3.7. PROTECCIÓN, DEFENSA Y ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS

La definición, planificación, impulso y ejecución de las políticas del Gobierno Vasco en materia de defensa y protección de las personas consumidoras y usuarias corresponde a Kontsumobide-Instituto Vasco de Consumo, organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud que inició su andadura el 1 de septiembre de 2011, sustituyendo a la antigua Dirección de Consumo.

En materia de consumo, la normativa de referencia es el Estatuto de las Personas Consumidoras y Usuarias (Ley 6/2003, de 22 de diciembre, modificada en 2007 y en 2012), y la Ley 9/2007, de 29 de junio, de creación de Kontsumobide-Instituto Vasco de Consumo. Tal y como se establece en las mismas, las personas consumidoras cuentan con una serie de derechos por los que deben velar los poderes públicos y, muy especialmente, Kontsumobide:

- Derechos relacionados con la salud y la seguridad
- Derecho a la protección de los intereses económicos y sociales
- Derecho a la protección jurídica y a la reparación de daños
- Derecho a la información
- Derecho a la educación y a la formación en materia de consumo
- Derecho a la representación, consulta y participación
- Derechos lingüísticos

Las principales líneas de actuación de Kontsumobide se enmarcan, además, en la normativa desarrollada por la Unión Europea a lo largo de las últimas décadas para la protección de las personas consumidoras, con los objetivos de proteger la salud, seguridad y bienestar económico de las personas consumidoras; promover su derecho a la información y la educación; y proteger los intereses de las y los consumidores.

Así, en los próximos años, Kontsumobide va a centrar su actuación en estas líneas de trabajo:

- Reforzar la protección y la información a las personas consumidoras.
- Dinamizar el papel de Kontsumobide y su interrelación con las oficinas municipales de personas consumidoras.
- Apoyar a las asociaciones de personas consumidoras y divulgar su labor.
- Incentivar nuevos sistemas de atención a la clientela y de implantación de mecanismos de resolución de conflictos.
- Intensificar el control de las malas prácticas en el mercado.

---

## REFORZAR LA PROTECCIÓN Y LA INFORMACIÓN A LAS PERSONAS CONSUMIDORAS Y PROMOVER SU DEFENSA ACTIVA, MEDIANTE ACCIONES DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN

El Gobierno Vasco, a través de Kontsumobide, va a reforzar la protección de las personas consumidoras y usuarias, y promover su defensa activa, a través del mantenimiento del servicio de atención presencial diaria en los tres Territorios Históricos (que garantiza y refuerza la cercanía a la ciudadanía), así como mediante la dinamización del portal web del Instituto -[www.kontsumobide.euskadi.net](http://www.kontsumobide.euskadi.net)- (que pronto alcanzará las 40.000 visitas), las redes sociales o el servicio de atención telefónica para atender a aquellas personas consumidoras que presentan mayores dificultades para hacer uso de modo habitual de internet y servicios on-line.

La formación e información a la ciudadanía es una actividad imprescindible para concienciar y educar a la población sobre sus derechos y deberes, de manera que pueda actuar de forma crítica, consciente y responsable a la hora de consumir productos y servicios. Así, se va a seguir incidiendo en la formación a personas consumidoras, a través de los tres centros de formación del propio Instituto, así como de centros escolares y centros de personas adultas mediante la organización y realización de cursos de formación específicos y talleres.

*Kontsumobide va a impulsar la puesta en marcha de campañas de información y formación*

Continuarán, además, las acciones formativas dirigidas al personal técnico de Kontsumobide, de las Oficinas Municipales de Información a las Personas Consumidoras (OMICs) y de las asociaciones de personas consumidoras.

El Gobierno Vasco va a impulsar la puesta en marcha de campañas de información, formación y educación de las personas consumidoras sobre las nuevas modalidades de comercio existente. Es importante, para ello, la labor divulgadora que se realiza a través de acciones de comunicación y de la publicación de folletos y notas informativas relacionadas con los derechos de las personas consumidoras y las distintas materias de consumo.

Por otra parte, continuarán llevándose a cabo sondeos y estudios de consumo entre las personas participantes en las acciones formativas realizadas a lo largo del año por el propio Instituto, cuyos resultados ayudarán a que las labores de información y formación de Kontsumobide sean más efectivas, incidiendo las acciones futuras en aquellas cuestiones manifestadas en los sondeos y estudios realizados.

Se continuarán impulsando campañas de consumo responsable, mercado social y sostenible y comercio justo.

## DINAMIZAR EL PAPEL DE KONTSUMOBIDE Y SU INTERRELACIÓN CON LAS OFICINAS DE PERSONAS CONSUMIDORAS

Se mantendrá el apoyo económico, así como contacto y coordinación con las 36 Oficinas Municipales de Atención a las Personas Consumidoras existentes a día de hoy, de cara a adoptar criterios de actuación comunes.

Se seguirá proporcionando formación al personal técnico de las OMICs, posibilitándoles mejorar en su trabajo diario y adaptarse a las nuevas necesidades específicas que requieren sus puestos.

---

Cabe destacar, además, que se ha modernizado la infraestructura tecnológica y actualizado las aplicaciones informáticas utilizadas de modo conjunto entre Kontsumobide, las OMICs y las Asociaciones de Personas Consumidoras (red CIAC). Así, desde el mes de junio de 2013 se dispone de la herramienta informática “KontsumoGest”, actualizada y utilizada por los tres colectivos.

## **DIVULGAR EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE PERSONAS CONSUMIDORAS Y APOYAR LA AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LAS MISMAS**

Kontsumobide mantiene convenios con las tres federaciones de personas consumidoras con representación en Euskadi (UCE, EKE, EKA) con el objetivo de fomentar la calidad en la atención a las personas consumidoras y usuarias. Así, se dispone por su parte de 10 oficinas de atención que se encargan de atender consultas, tramitar reclamaciones y promover acciones judiciales en defensa de las personas consumidoras.

## **INCENTIVAR NUEVOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA CLIENTELA Y DE IMPLANTACIÓN DE MECANISMOS PROPIOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE CONSUMO (SERVICIOS CENTRALIZADOS DE DEFENSORÍA DE LA CLIENTELA)**

En cuanto al sistema de atención y consultas y reclamaciones, se continuarán atendiendo las consultas y reclamaciones que se presenten en las distintas oficinas del propio Instituto, y se seguirá trabajando para dar respuesta a las personas reclamantes en el menor plazo de tiempo posible.

La resolución de conflictos engloba todo el conjunto de vías utilizadas por las personas consumidoras para solucionar sus problemas relacionados con consumo: consultas, reclamaciones, solicitudes de arbitraje y juicios verbales.

Entre ellos, se configura como una importante herramienta el servicio de tramitación de reclamaciones on-line a través del portal de Kontsumobide, que ha posibilitado durante el primer semestre de 2013 realizar 488 consultas.

En el tratamiento de reclamaciones, el papel de Kontsumobide se centra en la mediación como sistema de resolución de conflictos, por lo que se continuará realizando mediación en los conflictos en materia de consumo entre particulares y empresas, tratando de que el porcentaje de mediaciones con resultado satisfactorio ascienda progresivamente.

Se seguirá difundiendo e impulsando el arbitraje de consumo entre las empresas, tratando de conseguir más adhesiones a dicho sistema.

En aquellos casos de reclamaciones en que se detectan infracciones en materia de consumo que conculcan o vulneran los derechos de las personas consumidoras, el Instituto dispone de capacidad sancionadora y en función del cumplimiento de sus competencias inicia los oportunos expedientes sancionadores.

*Resolución de conflictos, consultas y reclamaciones a través de mediación y el sistema de arbitraje*

---

## **FOMENTAR LA CALIDAD EN EL COMERCIO E INTENSIFICAR EL CONTROL DE LAS MALAS PRÁCTICAS EN EL MERCADO, IMPLICANDO EN LAS CAMPAÑAS DE INSPECCIÓN A LAS ENTIDADES LOCALES, Y A LAS GRANDES EMPRESAS DE DISTRIBUCIÓN EN LA RETIRADA DE PRODUCTOS INSEGUROS**

Kontsumobide despliega un conjunto de actividades inspectoras destinadas a comprobar que los productos y servicios puestos a disposición de las personas consumidoras cumplen con todos los requisitos de etiquetado, información y seguridad que exige la legislación vigente. Cuando procede, Kontsumobide se encarga de localizar, inmovilizar y, cuando es necesario, garantizar la retirada de los productos que puedan suponer un riesgo para la salud o la seguridad.

Asimismo, en colaboración con el Instituto Nacional de Consumo, el Centro de Investigación y Control de la Calidad y entidades europeas, se intensificará el control de las malas prácticas en el mercado, implicando en las campañas de inspección a las entidades locales, y a las grandes empresas de distribución, en la retirada de productos inseguros.

Finalmente, se continuará gestionando la Red de Alerta de productos inseguros y realizando las actuaciones de inspección, vigilancia y regulación de los productos que así lo requieran de modo coordinado con el SOIVRE (Servicio Oficial de Inspección, Vigilancia y Regulación de las Exportaciones) adscrito al Ministerio de Economía y Competitividad.