



ESTUDIOS | 54

NOVIEMBRE DE 2024

---

## La sanidad pública en estado de urgencia

---

Diagnóstico de los problemas  
de Osakidetza y Osasunbidea  
y propuestas para un sistema  
de sanidad público de calidad

“Los servicios públicos son todos los servicios necesarios para garantizar que se puedan cubrir las necesidades que tienen en común las personas que viven en un territorio. Hablamos de sanidad, educación, vivienda, cuidados, servicios sociales, agua, energía, transporte. Pero también de los ingresos que deben permitir poder llevar a cabo un proyecto de vida independiente y en condiciones dignas (pensiones, prestaciones por desempleo, renta garantizada, etc.).

Los servicios públicos tienen que ser públicos en su totalidad. Esto supone garantizar derechos a través de las leyes, y también que la gestión sea pública. El capitalismo ha hecho de las necesidades sociales un ámbito de negocio. La privatización se va extendiendo por todas partes. El ánimo de lucro se traduce en peor calidad de los servicios y más precariedad para las personas trabajadoras en esos servicios públicos.

Garantizar el bien común, que los servicios públicos sirvan a las personas y no al capital o a otros intereses, que nadie pueda ser excluida por no tener ingresos suficientes, solo se puede hacer mediante unos amplios servicios, bien dotados, de calidad y totalmente públicos”

## Mikel Noval

Noviembre de 2024

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Diagnóstico de la situación de la sanidad en HEH</b> .....	<b>3</b>
2.1. Una sanidad con una calidad cada vez peor .....	3
2.2. Ratios comparativos con otros países .....	11
2.3. Situación de las plantillas.....	13
2.4. Otros problemas del sistema público de salud .....	17
<b>3. Indicadores de salud y desigualdades sociales</b> .....	<b>18</b>
<b>4. La gobernanza mal entendida</b> .....	<b>19</b>
4.1. Situación de la Negociación Colectiva .....	20
<b>5. Pacto de Salud de la CAPV y Ley Foral de Salud de Navarra</b> .....	<b>20</b>
5.1. Pacto de Salud de la CAPV .....	20
5.2. Ley Foral de Salud de Navarra .....	21
<b>6. Situación del Euskera</b> .....	<b>23</b>
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>24</b>
<b>8. Propuestas de ELA</b> .....	<b>25</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La protección de la salud es un Derecho Fundamental que recoge la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Además, es uno de los pilares básicos para una sociedad cohesionada e igualitaria, y la base para sostener la propia vida.

El sostenimiento de la vida, pasa por garantizar la alimentación, la educación, los cuidados y, por supuesto, la salud y el sistema sanitario. Y estos pilares de la vida, solo los garantizan los servicios públicos, no pueden dejarse en manos del capital.

La pandemia evidenció unos sistemas de salud pública muy precarios y con escasa capacidad de hacer frente a las necesidades sanitarias, aún más en situaciones extremas. Y también demostró que la sanidad privada no fue capaz de hacer frente a la situación.

No obstante, las posibilidades de negocio son enormes; y la privatización de la salud avanza conforme se deteriora la sanidad pública, y esto hace que la esperanza y la calidad de vida estén fuertemente ligadas a la clase social, a la racialización, a la nacionalidad, al género y al código postal.

Las deficiencias de los sistemas públicos de salud que entonces afloraron, siguen presentes. Son problemas estructurales que tanto quienes requieren atención sanitaria como quienes trabajan en Osakidetza y Osasunbidea sufren día a día.

En este documento trataremos de hacer una radiografía de la situación de Osakidetza y Osasunbidea, así como las propuestas de ELA para mejorar los sistemas de salud públicos.

## 2. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD EN HEH

Las personas usuarias de los sistemas públicos de salud de HEH pueden constatar el deterioro que han sufrido durante los últimos años. La calidad del servicio ha empeorado considerablemente teniendo en cuenta diversos factores. Las listas de espera cada vez más largas, la temporalidad de las personas trabajadoras que provoca un cambio constante de profesionales de referencia en la atención primaria (también existe una gran rotación en la atención especializada) y la desinversión continuada han traído consigo un aumento de los servicios de salud privados. En este apartado se analizan los distintos elementos que han provocado el deterioro de Osakidetza y Osasunbidea y la potenciación de la sanidad privada.

### 2.1. Una sanidad con una calidad cada vez peor

Los recortes sistemáticos que se han aplicado en los servicios públicos desde la crisis de 2008 han provocado una pérdida de calidad de la sanidad pública en diversos ámbitos. Una de las razones para esta pérdida de calidad es la desinversión pública continuada, que ha traído consigo un empeoramiento insostenible de la atención primaria, una precarización de la atención especializada y un proceso progresivo de privatización

### a) Inversión insuficiente en Osakidetza y Osasunbidea en comparación con Europa

La política presupuestaria del Gobierno Vasco y del Gobierno de Navarra se ha basado en gastar lo menos posible. Esto ha supuesto que en el ámbito sanitario las dotaciones presupuestarias vengán situándose muy por debajo de lo que sería necesario para tener unos buenos sistemas públicos de salud.

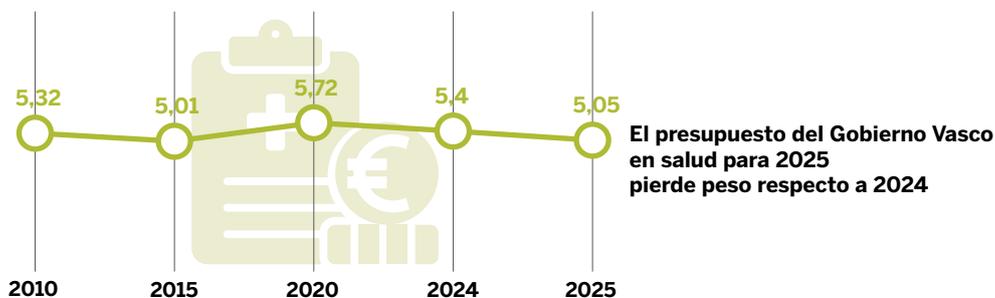
#### **CAPV: Presupuestos 2025. Continuismo y menor peso de la salud en la economía**

Según el proyecto de presupuesto del Departamento de Salud del Gobierno Vasco para 2025 se van a destinar a Salud 5.116 millones de euros, solo 216 millones más que el presupuesto inicial de 2024, un aumento de un 4,4%. Sin embargo, si atendemos al presupuesto actualizado de 2024 a fecha de septiembre de 2024, está previsto que se destinen 5.098 millones de euros. Es decir, que el presupuesto de 2025 solo crecería en 18 millones, un raquítko 0,35%.

Como es habitual, Osakidetza se lleva el 80% de este presupuesto con un total de 4.106 millones de euros (hay otras partidas como el gasto en farmacia que también tiene un peso importante en el departamento de salud con un montante total de 602 millones, un 12% del presupuesto).

Como se puede observar, el Pacto de Salud, que más tarde analizaremos, no ha traído ningún tipo de cambio en la política presupuestaria. Esto se puede observar con el peso que tiene el presupuesto del Departamento de Salud sobre la economía. Se espera que el gasto en sanidad suponga el 5,05% del PIB, el valor más bajo de los últimos cinco años.

#### **Gasto en salud (millones de euros y % del PIB) 2010-2025**



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de los proyectos de presupuestos de la CAPV y Eustat

#### **NAVARRA: menor inversión que en años anteriores y mayor privatización**

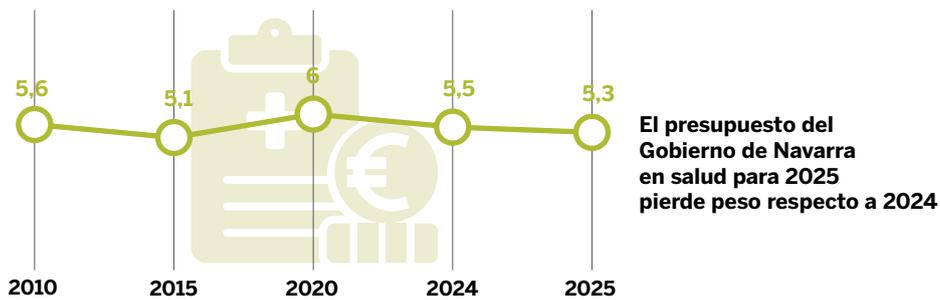
El Anteproyecto de Presupuesto del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra destina 1.502,2 millones de euros para 2025 (una vez descontados los fondos MRR (Mecanismo de Recuperación y Resiliencia)), 14,3 millones más que el crédito definitivo de 2024 (un 1%). Este presupuesto equivale al 5,3% del PIB previsto para 2025, 0,2 puntos menos que en 2024.

Destaca la pérdida de peso relativo del gasto en salud respecto al conjunto de la economía. Esto es, en 2010, el gasto en salud era del 5,6% del PIB, y en 2020 del 6% del PIB. Desde entonces, ha perdido 0,7 puntos de PIB, el equivalente a 197 millones de euros.

En cuanto al gasto farmacéutico, está presupuestada una partida de 190 millones de euros, lo que supone un 12% (mismo porcentaje que en la CAPV).

A la vez que el gasto en salud pierde peso respecto al PIB, se produce un aumento de la parte de ese gasto que se destina a derivaciones. Esto es, mientras el gasto total en salud aumenta un 2,6%, el gasto en prestaciones y conciertos con la sanidad privada, aumentará un 6,6%.

### Gasto en salud (millones de euros y % del PIB) 2010-2025



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de los proyectos de presupuestos de Navarra y Nastat

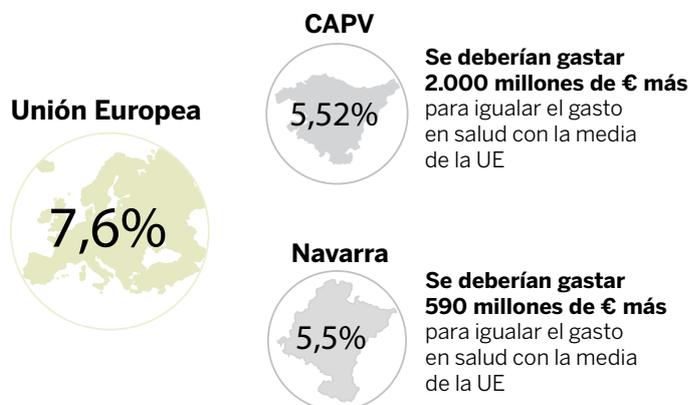
### Comparativa con otros países de la UE

Para poner en perspectiva el gasto en salud, es necesario realizar una comparación con los países europeos. Según los últimos datos disponibles de Eurostat correspondientes al año 2022, la media Europea de gasto público en salud fue del 7,6%. En algunos estados como Austria, fue del 9,3% y en Alemania y el Estado francés el ratio se situó en el 8,5% y el 9,2% respectivamente.

Mientras, el gasto en salud del Gobierno de Navarra fue de un 5,5% sobre el PIB, 2,1 puntos menos. En la CAPV, el gasto en salud del Gobierno Vasco fue del 5,52% del PIB, 2,08% puntos por debajo de la media europea. También por debajo de la media del Estado español, que fue de un 6,9%.

Esta diferencia implicaría aumentar el presupuesto del departamento de salud en cerca de 2.000 millones en la CAPV y de 590 millones en Navarra.

### Gasto público en salud (% PIB). UE-27, 2022



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de los datos del Gobierno Vasco, Eustat, Gobierno de Navarra, Nastat y Eurostat

## b) Datos de actividad

En 2023 el sistema sanitario público de Osakidetza atendió 26,6 millones de consultas, un 3,5% menos que en 2022 (27,6 millones). Este descenso se ha producido en las consultas no presenciales, ya que las presenciales han aumentado ligeramente. Sin embargo, todavía las consultas no presenciales, que aumentaron su peso en la pandemia, suponen el 40% del total de las consultas, lo que es una cifra demasiado elevada.

### Número de consultas en Osakidetza (2022 y 2023)

	2022		2023	
	Presencial	No presencial	Presencial	No presencial
<b>TOTAL CONSULTAS</b>				
Medicina de familia	4.533.724	5.856.193	<b>4.888.405</b>	<b>4.936.745</b>
Pediatría	909.263	682.767	<b>963.216</b>	<b>523.533</b>
Enfermería	5.346.204	2.397.452	<b>4.910.505</b>	<b>1.953.193</b>
Matronas	336.748	269.160	<b>339.383</b>	<b>265.692</b>
Odontología	153.996	-	<b>155.297</b>	-
Atención hosp.	5.049.65	2.043.032	<b>5.213.482</b>	<b>2.455.892</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16.329.537</b>	<b>11.248.604</b>	<b>16.470.288</b>	<b>10.135.055</b>

Fuente: Memoria de Osakidetza de 2023

La información ofrecida por Osasunbidea no diferencia entre consultas no presenciales y presenciales, y tampoco se ofrecen datos agregados globales. Sin embargo, se puede concluir que la evolución ha sido similar en 2023 a la de la CAPV. En este sentido destacan los descensos de las consultas realizadas en medicina general, que han sido del 1,9% (al pasar de 2,77 millones en 2022 a 2,71 millones en 2023) o el descenso de las consultas hospitalarias, tanto las primeras consultas (que se han reducido un 2,7%) como las consultas sucesivas (que han caído un 1,7%).

### Número de consultas en Osasunbidea (2022 y 2023)

	2022	2023	Dif(%)
<b>TOTAL CONSULTAS</b>			
Medicina general	2.765.103	2.711.643	(-1,9%)
Primeras consultas	310.333	301.881	(-2,7%)
Total Consultas sucesivas	589.028	579.283	(1,7%)

Fuente: Memoria de actividad de Osasunbidea 2023

### c) Deterioro de la Atención Primaria y largas listas de espera

Una de las muestras del deterioro de la calidad de la Atención Primaria la tenemos en los crecientes recortes de horarios y de servicios de los servicios:

- **Los centros de salud sufren cada vez más recortes en épocas de verano y otros periodos como las Navidades o la Semana Santa.**

En el caso de Osakidetza, en verano de 2024 se aplicaron recortes en 126 centros de Atención Primaria de un total de 339, de junio a septiembre. En 2022 a partir de julio y en 2024 se aplicaron un mes antes. Además, a estas restricciones hay que sumar las aplicadas en Navidad y Semana Santa. La conclusión da cuenta de la gravedad de la situación: los centros de Atención Primaria funcionan 180 días al año con restricciones directas (cierres, reducciones horarias), la mitad del año.

Por si esto fuera poco, Osakidetza también plantea la posibilidad de que, algunos días, no haya personal médico en los centros de salud que permanecerán abiertos durante el verano.

- **Se han cerrado varios puntos PAC, dificultando el acceso a las urgencias, en especial a las personas mayores.**

La experiencia de las personas usuarias de los sistemas públicos de salud muestra una gran dificultad para acceder a una consulta médica en atención primaria de manera rápida y accesible. Ni Osakidetza ni Osasunbidea ofrecen esta información. Sin embargo, el documento de diagnóstico del Pacto de Salud del Gobierno Vasco da a entender que se tarda más de 48 horas en más del 70% de los casos. Además, en julio de 2024 el Gobierno Vasco reconoció que el retraso es masivo, destacando el ejemplo de Errenteria donde se tardaba al menos 5 días en tener una primera consulta de atención primaria.

Y es que uno de los medidores de la calidad de los servicios de salud pública son las listas de espera. Esto es, el tiempo que transcurre desde que se solicita una asistencia médica, como una intervención quirúrgica o una consulta en alguna especialidad, hasta que se realiza.

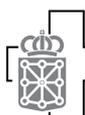
En la CAPV, según el último informe de Osakidetza de 2023, la espera para consultas externas es de 82,2 días. Para una intervención quirúrgica es de 62,3 días y para una prueba complementaria de 17,4 días.

En Navarra, las listas de espera están disparadas. La espera en Osasunbidea (que figura en la estadística) para consultas de especialidad es de 90 días de media (en septiembre de 2024), y de 99 para una intervención quirúrgica. Además, estas cifras vienen subiendo últimamente.

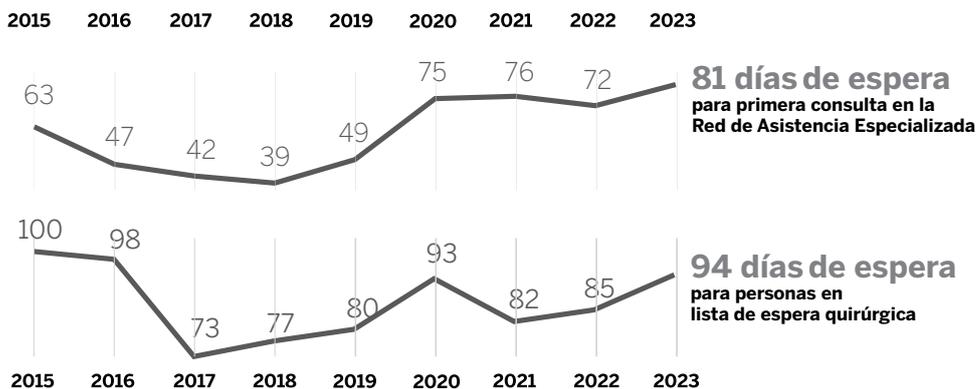
Evolución de las listas de espera en Osakidetza y Osasunbidea



Osakidetza



Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de las memorias de Osakidetza y Osasunbidea

No obstante, hay que señalar que la realidad es aún peor de la que reflejan las estadísticas de las listas de espera (cuando las hay). Y es que las listas de espera no se activan, en la mayoría de casos, cuando se hace la solicitud. Esto es, la espera real es mucho mayor a la que indican las listas de espera, porque hay un periodo que no se cuenta (como listas de espera) entre que se hace la solicitud y se activa la propia lista. Esto provoca que no coincida el dato estadístico de días de espera con el número de días reales hasta la cita médica. Y cuando se reprograma la cita no se computa el tiempo real total (desde que la persona se puso en espera por primera vez, hasta la fecha efectiva de la intervención).

La experiencia de las personas usuarias pone en evidencia la trampa que se oculta en la forma de calcular las listas de espera. Se dan casos donde se tarda más de un año en poder tener una consulta en una especialidad, o donde la persona está meses a la espera de ser citada para una prueba.

Por ello, la sanidad privada es la única que se beneficia de la espera. Cuando la espera por una intervención quirúrgica o para una consulta de especialista se alarga, quienes salen ganando son las empresas, hospitales y clínicas privadas. Porque mucha gente (que puede pagarlo) acude a la sanidad privada para solucionar el dolor que viene sufriendo o la incertidumbre del diagnóstico que espera.

La espera para la atención sanitaria, además de ser un factor clave para la calidad del servicio público, tiene un enorme sesgo de clase. Una operación de cataratas puede costar entre 1.800 y 3.000 euros en la sanidad privada, una artroscopia entre 3.000 y 8.000 y una prótesis de cadera más de 20.000 euros. A las listas de espera sólo pueden escapar quienes tienen una capacidad económica elevada, y no la clase baja y la mayoría de la clase trabajadora.

#### **d) Privatización de la sanidad**

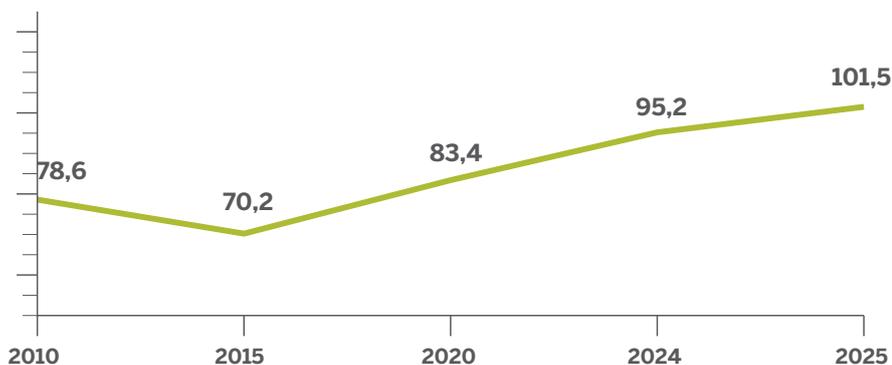
Dadas las listas de espera reales tan altas, mucha gente no tiene otro remedio que acudir a una consulta privada para que sus problemas de salud no se prolonguen en el tiempo. Sin embargo, la sanidad privada atiende a la población que puede permitírselo en una relación clientelar. Una parte sustancial del beneficio de la sanidad privada depende del número de consultas o pruebas realizadas, por lo que existe un incentivo para aumentarlas de forma innecesaria y, además, generan una sensación de mejora en la atención, aunque las consultas o pruebas realizadas no tengan sustento científico.

En Navarra hay 11 hospitales, de los cuales 6 son privados, y en la CAPV hay 39 hospitales de los cuales 13 son privados (según datos de las Estadísticas de Hospitales del Ministerio de Sanidad 2021).

- **Derivaciones y conciertos**

La sanidad privada también se beneficia de la espera que hay en Osasunbidea y Osakidetza a través de las derivaciones y conciertos. Los sistemas de salud públicos suelen derivar pacientes a la sanidad privada para que no se disparen aún más las listas de espera. Muestra de ello son la evolución de las partidas presupuestarias de derivaciones a la sanidad privada en Navarra.

#### **Evolución del presupuesto para derivaciones a la sanidad privada (millones de €)**



Fuente: elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de los presupuestos del Gobierno de Navarra

De esta forma, las derivaciones de Osasunbidea a la Clínica Universidad de Navarra de 2022 a 2023 han aumentado un 259% en primera consulta y un 32% en intervenciones quirúrgicas, y las estancias facturadas al Hospital San Juan de Dios han aumentado un 7%.

El Departamento de Salud del Gobierno Vasco destinó 269 millones de euros a subcontratar y privatizar servicios en 2023, un 9% más que el año anterior.

Uno de los ejemplos más claros de estas derivaciones lo muestra el número de interrupciones del embarazo que se realizan en la sanidad privada, sobre todo en el caso de la CAPV. Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad del Gobierno español, mientras que en Navarra se realizan alrededor del 41% de las interrupciones voluntarias del embarazo en centros extrahospitalarios privados, en la CAPV ese porcentaje aumenta hasta el 95%.

Otro ejemplo es el de las actividades asistenciales en salud bucodental. Según el informe de actividad de Osasunbidea del año 2023, casi el 97% de la población atendida fue en el sector privado. Esto hace que muchas personas con un nivel socioeconómico inferior no puedan permitirse una salud bucodental en condiciones.

- **Extensión de los seguros privados**

La atención sanitaria de la población tiene una tendencia cada vez mayor a una cobertura privada. La sanidad privada cubre las carencias de la sanidad pública para la población que puede permitirse el acceso a la misma. Según los datos hechos públicos por el EUSTAT, entre 2007 y 2021 la población con cobertura sanitaria privada ha aumentado en 158.670 personas, superando así las 500.000 personas, y los ingresos de los seguros privados en concepto de primas en 165 millones de euros. El diagnóstico del Pacto Sanitario afirma que entre 2013 y 2023 "el aseguramiento individual privado se ha incrementado un 50%.

- **Compatibilización de empleo público y privado**

Asimismo, una parte importante del personal facultativo compatibiliza el trabajo de Osakidetza y Osasunbidea con la atención de consultas privadas. Sin ir más lejos, 1.059 médicos y médicas de Osakidetza tienen reconocida la compatibilidad, algo que Osakidetza ha fomentado los últimos años eliminando el incentivo de la exclusividad o negándose a controlar esta cuestión. En el caso de Osasunbidea, hay médicos que incluso cobrando el complemento por exclusividad, continúan ejerciendo en la consultas privadas.

- **El papel de las mutuas**

No podemos olvidar algunos casos de posibles privatizaciones que se han dado en las últimas semanas, como el caso de las mutuas patronales. El Gobierno de España, la CEOE, CEPYME, CCOO y UGT acordaron privatizar a través de las Mutuas Empresariales las incapacidades temporales de las personas trabajadoras de origen traumatológico y para ello propusieron la firma de convenios de colaboración entre las Comunidades Autónomas y las Mutuas. Lejos de rechazar esta posible privatización, el consejero de Sanidad ha abierto la puerta a la firma de este convenio en la CAPV.

- **Los servicios de ambulancias**

Otro caso es el del fracaso del modelo de privatización de las ambulancias. Este servicio se viene prestando a través de subcontratas y afecta en la CAPV a cerca de 1.800 personas trabajadoras. Es más que evidente que el modelo de privatización y subcontratación del sector ha fracasado y que es momento de acabar con este sistema que causa graves perjuicios a la ciudadanía y también al personal que presta sus servicios en el Transporte Sanitario. Por ello es necesario publicar este servicio.

## 2.2. Ratios comparativos con otros países

p. 12

### a) Por debajo de la media del entorno respecto al personal sanitario

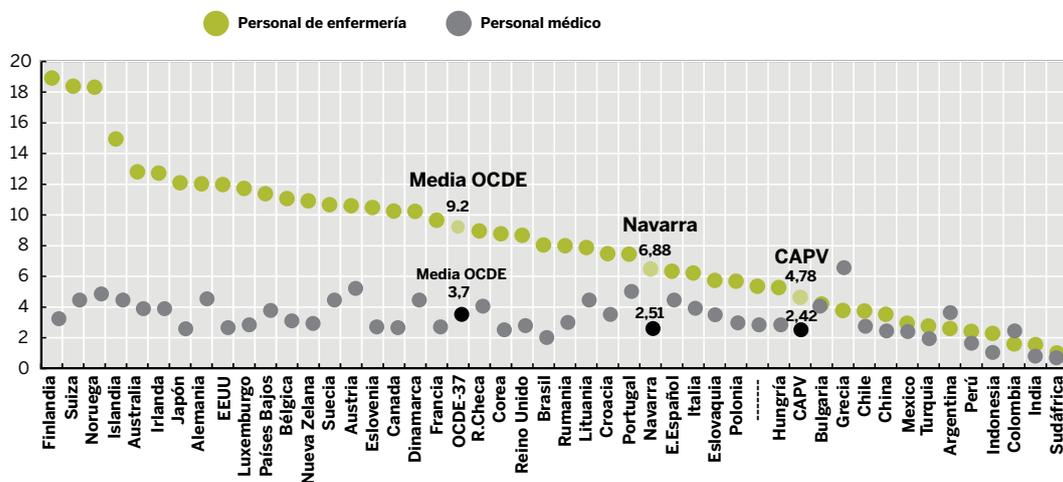
Para medir la situación de los sistemas de salud de Hego Euskal Herria, es necesario contabilizar el personal con el que se cuenta y compararlo con el entorno internacional.

Como muestra, y dado que no hay datos comparables en otros estamentos profesionales, el personal de enfermería (excluyendo el auxiliar de enfermería), y el personal médico que hay aquí está por debajo de la media de la OCDE y de los países del entorno europeo (teniendo en cuenta la sanidad pública y privada).

El ratio de personal de enfermería en Navarra es de 6,88 por cada 1.000 habitantes y en la CAPV de 4,78 por cada 1.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 9,2. Por encima se encuentran la mayoría de los estados del entorno europeo, destacando Finlandia (18,9), Noruega (18,3) o Alemania (12).

En cuanto al personal médico, el ratio en Navarra es de 2,51 por cada 1.000 habitantes y el de la CAPV de 2,42 por cada 1.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 3,7. En este caso hay que subrayar que no hay ningún estado con un ratio menor en el entorno europeo.

#### Personal de enfermería y personal médico por cada 1.000 habitantes, 2021



Fuente: OCDE (Health at a Glance), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Información estadística de Hospitales: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada)

**b) Muy por debajo de la media de la OCDE en camas hospitalarias**

El número de camas hospitalarias instaladas que se recoge en las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad es de 2.407 en Navarra en 2022 (último dato publicado) y de 7.968 en la CAPV. De éstas, pertenecen a Osasunbidea el 71,8 % en Navarra (1.730) y el 83% en la CAPV a Osakidetza (6.618). Se consideran camas instaladas aquellas que están en disposición de ser usadas, aunque algunas de ellas puedan, por diversas razones, no estar en servicio en esa fecha. Es más, según esta estadística, el número de camas en funcionamiento (aquellas camas que han estado en servicio durante el año, con independencia del grado de utilización u ocupación que haya tenido) ha sido de 1.520 en Osasunbidea y 6.052 en Osakidetza.

**Número de camas en funcionamiento en Osakidetza y Osasunbidea (2022)**

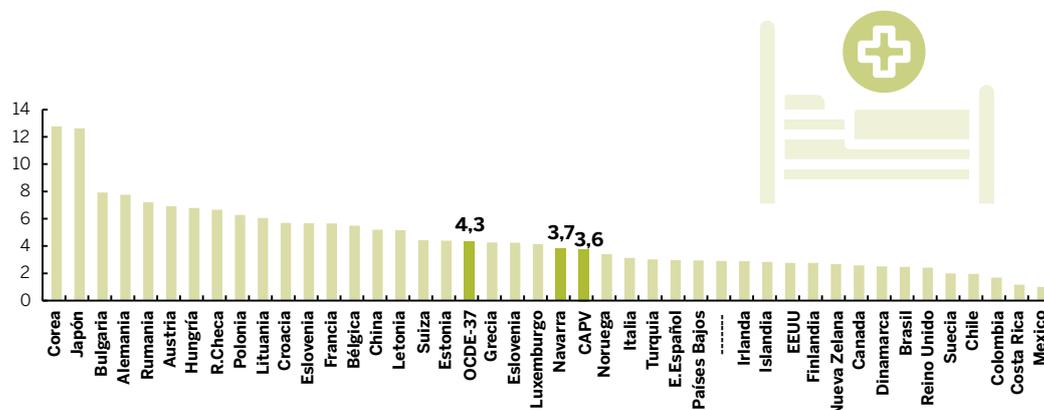


Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada (Ministerio de Sanidad)

Siguiendo con el análisis del número de camas existentes por cada mil habitantes, podemos ver que tanto Navarra, como la CAPV, se encuentran lejos de la media de los países de la OCDE.

Según datos de 2021, últimos disponibles, la media de la OCDE es de 4,3 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes. Ese año, según datos de las Estadísticas Autonómicas De Hospitales, Navarra contaba con 3,7 camas hospitalarias instaladas por cada 1.000 habitantes, y la CAPV con 3,60. Estados como Alemania (7,8 camas), Austria (6,9), Francia (5,7) o Bélgica (5,5) se encuentran por encima de la media de la OCDE. Esto es, en Navarra habría que incrementar un 16,2% y en la CAPV un 19,4% el número de camas por cada 1.000 habitantes para llegar a la media del entorno europeo y de la OCDE.

**Camas por cada 1.000 habitantes (2021)**



Fuente: OCDE (Health at a Glance), Catálogo Nacional de Hospitales, INE

Los datos ofrecidos por las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad muestran el número de camas hospitalarias distinguiendo si estas están en la sanidad pública o en la sanidad privada.

En Navarra, de las 2.407 camas disponibles que hay en la sanidad, solo el 71,8% corresponde al servicio público de salud, esto es, 1.730 camas. En la CAPV, de las 7.968 camas disponibles que hay en la sanidad el 83% corresponde al servicio público de salud, esto es, 6.618.

Esto supone que el ratio de camas hospitalarias de Osasunbidea y Osakidetza por cada 1.000 habitantes es del 2,6% en Navarra y del 3% en la CAPV.

### 2.3. Situación de las plantillas

Un elemento central que explica el deterioro de los servicios de salud de la CAPV y Navarra es la situación de las personas trabajadoras. La alta precarización de las plantillas se traduce en forma de temporalidad, parcialidad, pérdida de poder adquisitivo o la alta carga de trabajo

#### a) Osakidetza oculta la precariedad de la plantilla

La Memoria de Osakidetza no recoge datos sobre la temporalidad, edad de la plantilla o cómo está distribuida la misma, por lo que es imposible hacer una foto de la situación del personal sólo atendiendo a la Memoria. No ofrecer datos suficientes es fruto de una decisión política que precisamente busca evitar críticas al no reflejar la realidad. Está claro que se quiere ocultar una alarmante situación de la plantilla de Osakidetza.

Según los últimos datos disponibles (memoria de Osakidetza de 2023), la plantilla estructural fue en 2023 de 31.105 personas, de las cuales las mujeres representan el 76,1%. Ellas son mayoría en los diferentes puestos laborales, excepto en los cargos directivos, donde suponen un 45,7%.

Sin embargo, la plantilla real es superior a la que se denomina estructural. Osakidetza no recoge ese dato fundamental en su memoria, pero hablamos de 46.372 personas.

Para conocer este dato, disponemos de dos fuentes que ofrece la propia Osakidetza: un fichero que proporciona con los datos de la plantilla y el Censo de elecciones del 1 de octubre de 2024.

- **La mitad de la plantilla tiene un contrato temporal**

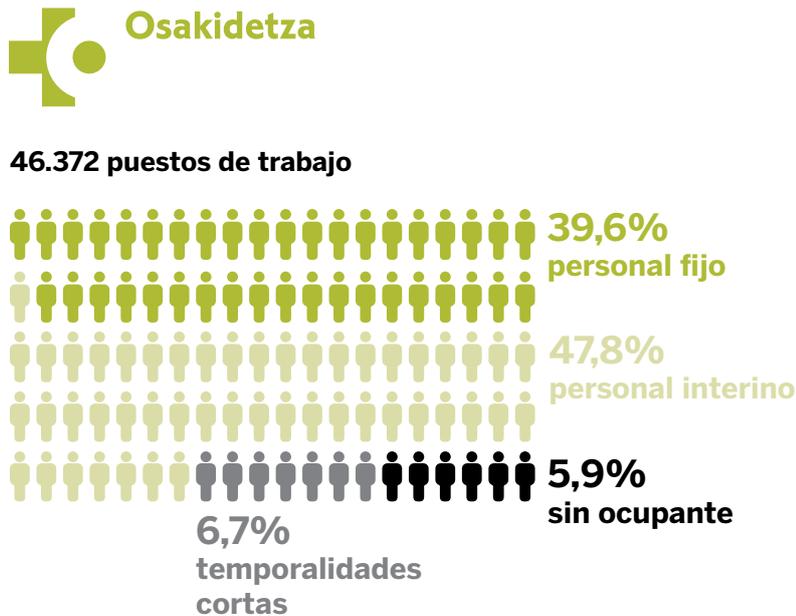
A pesar de que en el Pacto Vasco de la Salud se haya dicho que la temporalidad de Osakidetza es del 37%, la realidad es otra bien diferente. El fichero que envía Osakidetza muestra que de las 46.372 personas trabajadoras, hay 18.329 personas fijas (entre estatutarios y laborales fijos, personal directivo y funcionarios).

En cambio, el personal temporal asciende a 22.157 personas (de las cuales 2.879 se encuentran en plazas que no tienen código, es decir, que no están creadas formalmente). Hay otras 2.759 plazas sin ocupante y otras 3.000 personas con temporalidades cortas, que Osakidetza suele obviar de sus datos.

Si restamos las 2.759 plazas sin ocupante, la temporalidad afectaría al 54% de la plantilla, muy alejada del objetivo del 8% que establece la directiva europea. Además, los procesos de consolidación y selección de personal no van a mejorar esta situación. Sobre todo porque a la vez que OPEs que están en marcha (OPE 2020, 2021, 2022 y Estabilización) van con mucho retraso, se han producido unas 2.000 vacantes por jubilación.

Finalmente, es importante destacar que en una información enviada por el propio Departamento de Salud al Parlamento Vasco en febrero de 2021, en aquel momento, el total de temporales ascendía a 24.648. De ellos, 14.677 tenían una antigüedad superior a 3 años, y 8,937 una antigüedad superior a 8.

**Personal de Osakidetza según tipo de contrato en 2024 (fijo o temporal)**



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de Osakidetza

- **El 14,6% de la plantilla de Osakidetza tiene jornada parcial**

Para obtener alguna información estadística sobre la situación de la plantilla, hay que consultar fuentes ajenas a Osakidetza. Así, según la información estadística de Hospitales del Ministerio de Sanidad, en 2021 (último dato disponible), el 14,6% de la plantilla trabajaba con una jornada parcial. Cabe destacar que muchas de las personas con reducción de jornada lo han tenido que hacer por la imposibilidad de adaptar horarios o implantar medidas de flexibilidad horaria. Se están perdiendo muchas horas de atención al paciente por la falta de cuidado a la plantilla.

- **Pérdida de poder adquisitivo**

El personal público ha perdido prácticamente un 20% de poder adquisitivo en los últimos 15 años. Esta pérdida supone un desincentivo enorme para trabajar en la sanidad pública. Osakidetza ha aumentado las cantidades de las horas extraordinarias o la autoconcertación para compensar esta pérdida salarial, lo que ha supuesto un aumento de las cargas de trabajo y de los riesgos psicosociales. Es decir, las pocas mejoras salariales son a costa de la salud.

Además de estos tres elementos, cabe destacar que una parte muy importante del personal de Osakidetza no tiene un calendario de trabajo anualizado y cubren las necesidades de sustitución del personal fijo. Esta falta de previsión deriva en calendarios de trabajo imposibles y, nuevamente, en la pérdida de personal. Esto además tiene un evidente impacto de género.

**b) La situación del personal de Osasunbidea es insostenible**

En 2023, la plantilla total de Osasunbidea fue de 11.576 personas, de las cuales el 80% son mujeres (9.258). A diferencia de Osakidetza, las mujeres son mayoría en todos y cada uno de los puestos de Osasunbidea.

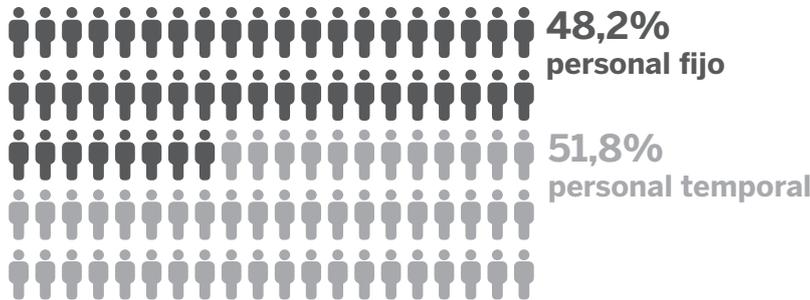
- **Más de la mitad de la plantilla es temporal**

De las 11.576 personas en plantilla el personal fijo lo componen 5.590 personas. Esto supone que más de la mitad de la plantilla de Osasunbidea tiene un contrato temporal (el 51,7%), ya que hay 5.986 personas en esa situación. Hay que destacar que el porcentaje de mujeres con contrato temporal (81,7%) es superior, aún, al porcentaje de mujeres con contrato fijo (78%) en Osasunbidea.

**Personal de Osasunbidea según tipo de contrato en 2023 (fijo o temporal)**



**11.576 personas trabajadoras**



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de la memoria de Osasunbidea 2023

Es muy grave que la tasa de temporalidad sea tan elevada en un ámbito que depende directamente del Gobierno de Navarra. La tasa de temporalidad de Osasunbidea (del 51,7%) es 33 puntos más alta que la tasa de temporalidad media que hay en el sector privado en Navarra (del 18,7% en el cuarto trimestre de 2023).

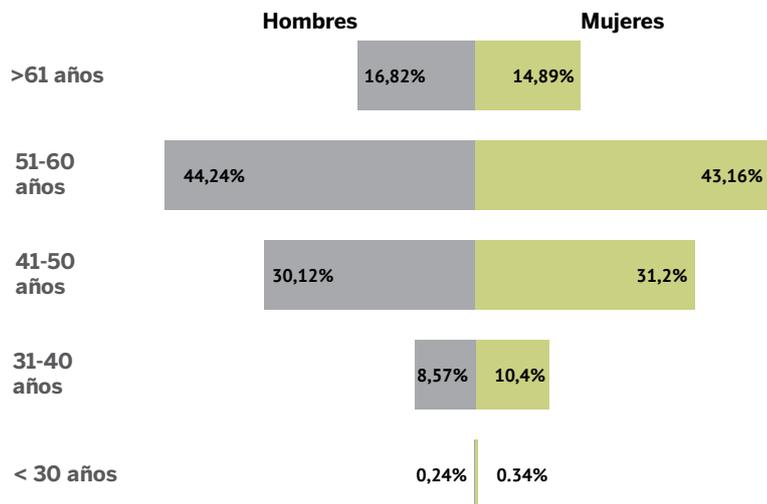
Con respecto al personal, ELA ha instado al Departamento a que lleve a cabo procesos de OPE masivos para reducir drásticamente la temporalidad, que actualmente se encuentra muy lejos del 8% que establece la UE.

- **6 de cada 10 trabajadoras y trabajadores fijos de Osasunbidea tiene más de 51 años**

En cuanto a los datos sobre la edad del personal fijo de Osasunbidea, hay que destacar el envejecimiento de la plantilla. El 43% del personal total es mayor de 51 años, y prácticamente hay el mismo número de mayores de 61 años (10,63%) que menores de 30 (10,59%).

En cuanto al personal fijo, la situación es peor. El 58,71% del personal fijo tiene más de 51 años, y sólo el 0,32% tiene menos de 30 años. Es más, hay más personal mayor de 66 años (el 0,66%) que menores de 30.

**Personal fijo por tramos de edad y sexo (%), 2023**



Fuente: Elaboración del Gabinete de Estudios de ELA a partir de la Memoria del SNS-O 2023

- **1 de cada 5 trabajadoras y trabajadores de Osasunbidea tiene jornada parcial**

Según la información estadística de Hospitales del Ministerio de Sanidad (el último dato disponible es de 2021), el 21,1 % de la plantilla de Osasunbidea tiene un contrato de jornada parcial.

- **Discriminación en la carrera profesional**

El Parlamento de Navarra aprobó en septiembre la Ley Foral que reconoce la carrera profesional para el personal sanitario de niveles C y D de Osasunbidea. Así se lleva a cabo el contenido del acuerdo suscrito en la Mesa Sectorial con los votos de LAB, SAE, UGT y Afapna.

El acuerdo, y en consecuencia, la Ley Foral, deja fuera de la carrera profesional al 41% del personal de Osasunbidea que no la cobraba: de las 5.200 que no la tenían reconocida, 2.150 trabajadoras y trabajadores de los niveles C y D seguirán sin tenerla. De esta manera, todas aquellas personas trabajadoras que, siendo personal de Osasunbidea, no ocupan puestos de trabajo sanitarios (servicios generales, administrativos, telefonistas etc.), no tendrán ningún reconocimiento a su carrera profesional.

Se trata de una discriminación, además, con un sesgo de clase y de género inaceptable, ya que afecta en mayor medida a los niveles retributivos más bajos y a las mujeres.

- **Pérdida de poder adquisitivo**

Las trabajadoras y trabajadores de Osasunbidea también acumulan una enorme pérdida de poder adquisitivo. Concretamente, desde 2011 el salario de la plantilla de Osasunbidea ha subido un 15,8% menos que el IPC.

## 2.4. Otros problemas del sistema público de salud

### a) Déficit en salud mental

Cuando hablamos de que existe un déficit en salud mental, nos referimos a que es un servicio insuficiente en la sanidad pública a día de hoy y está altamente privatizado. Sin embargo, cada vez más personas sufren de una peor salud mental, especialmente las mujeres. Según el propio informe del Pacto de Salud, la prevalencia de mala salud mental en las mujeres aumentó hasta situarse en un 26,5% en 2023; en los hombres, la prevalencia fue de un 17,7% en 2023. También es muy preocupante la creciente incidencia observada en las personas jóvenes.

Hay un desequilibrio evidente entre los problemas de salud mental y los servicios públicos para hacerles frente. Por ejemplo, las consultas en la red de salud mental de Osakidetza suponen el 4% de las consultas totales de Osakidetza (datos de la memoria de Osakidetza de 2023). En Gipuzkoa, no hay ningún hospital público de salud mental, ya que todo se encuentra privatizado y también está privatizado el hospital de día para jóvenes.

En cuanto a Osasunbidea, únicamente el 4% de la plantilla se dedica a la red de salud mental (informe de Osasunbidea de 2023). Un total de 28.828 personas usuarias han pasado por esta red en la que el 54% son mujeres.

### b) Aumento de la burocracia

Osakidetza y Osasunbidea, además de haber aumentado la carga asistencial, han aumentado también la carga burocrática, sobre todo en la Atención Primaria. Las personas que trabajan cada vez tienen que responder a más exigencias no relacionadas directamente con la atención al paciente. A ello se le añade el hecho de que existen plazas vacantes sin cubrir cuya carga de trabajo asumen otras personas de los equipos.

En este sentido, la Plataforma Lehen Arreta Arnasberritzen, que aglutina a profesionales de Atención Primaria de todas las categorías, presentaron una campaña encaminada, precisamente, a dejar de hacer tareas burocráticas que les impiden centrarse en la atención a los y las pacientes.

Son funciones que exceden de la función del personal (tramites de BakQ, gestión de volantes para pruebas diagnósticas, traslados en ambulancia o incapacidades temporales). Todo este tipo de tareas administrativas restan mucho tiempo para la atención primaria.

### 3. INDICADORES DE SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES

Las desigualdades sociales repercuten en la salud poblacional y castigan, especialmente, a las personas pobres o de origen extranjero. La sanidad pública no aborda esta cuestión ni tiene sistemas de coordinación adecuados con otros servicios públicos (trabajadores sociales, colectivos que abordan la exclusión social...). La esperanza de vida es muy diferente dependiendo de la renta, el origen o el domicilio de la población, unido a otros indicadores de calidad de vida (acceso a una alimentación saludable, acceso sanitario, penosidad del trabajo, acceso a una vivienda...).

Existen varios estudios que demuestran esta tesis como los que realiza el Grupo de Investigación de Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico de la UPV OPIK o los que realiza el Observatorio de Realidad Social de Navarra.

OPIK dispone de estudios y artículos<sup>1</sup> que confirman que el nivel socioeconómico influye en el uso de los servicios sanitarios. Las personas con mayor nivel educativo y recursos económicos disponen de una doble cobertura sanitaria (pública y privada), además de una posición favorable para moverse por el sistema. De esta manera, este colectivo accede mucho antes a la atención sanitaria que las personas con menores recursos que solo pueden acceder a la sanidad pública.

En este sentido, la esperanza de vida depende en gran medida del código postal de residencia. Según los estudios elaborados por OPIK la esperanza de vida según residas en un barrio o en otro alcanza en la CAPV 10 años de diferencia, lo que tiene que ver con la situación económica de cada uno de esos barrios.

El género también es un factor importante. La literatura explica que ante una misma necesidad de atención, los hombres tienden a utilizar más los servicios hospitalarios que las mujeres, que tienen mayor predisposición a la Atención Primaria.

También el origen influye en el uso de los servicios sanitarios. Se ha demostrado que la población migrante, que sufre en mayor grado la precariedad, acude a los sistemas sanitarios universales de la misma forma que las personas autóctonas, pero no a la atención especializada, teniendo así mayores riesgos para la salud.

La precariedad laboral<sup>2</sup> es otro de los determinantes por tres principales motivos: las personas trabajadoras precarias están expuestas en mayor medida a condiciones de trabajo con mayores riesgos físicos y psicosociales, el trabajo precario está asociado con una falta de control de la vida de las personas y, además, la precariedad trasciende lo laboral y afecta también en lo personal, familiar o material.

En el caso de Navarra, el estudio del Observatorio de Realidad Social de Navarra "Determinantes sociales de la salud en Navarra", publicado en 2023, muestra las consecuencias de las desigualdades sociales en la salud.

Entre otras muchas cuestiones, este estudio revela la influencia de la falta de ingresos en la salud. Quienes tienen ingresos más bajos (menos de 18.000 euros al año) sufren más diabetes (45,4% más), obesidad (29,7% más), ansiedad (13,2% más) y depresión (35,6% más), además de que hacen más visitas a urgencias hospitalarias y tienen más hospitalizaciones urgentes.

En cuanto a la influencia del sexo, las mujeres tienen un 5,2% más de posibilidades de sufrir ansiedad y un 5,2% más de sufrir depresión que los hombres, y han acudido un 9,4% más veces a la atención primaria. Además, el hecho de ser mujer conlleva un 19,3% de probabilidades más de haber acudido a una cita de Atención Hospitalaria que en los hombres.

<sup>1</sup> Desigualdades de acceso al sistema sanitario. Maite Morteruel.

<sup>2</sup> Precariedad laboral, desempleo y salud. Mireia Utzet y Erika Valero

Este estudio demuestra, además, que los indicadores de salud mejoran cuando se implementan prestaciones sociales como la Renta Garantizada. Esto es, al analizar la población con ingresos más bajos, tienen mejores indicadores de salud quienes son perceptores de la Renta Garantizada que quienes no lo son. Y esto es a pesar de que, en opinión de ELA, la Renta Garantizada es insuficiente, ya que no garantiza salir del umbral de la pobreza.

En este sentido, el informe de la revista internacional Lancet evidencia el impacto que tiene la crisis climática y el calentamiento global con el empeoramiento de la salud. Las olas de calor o los fenómenos meteorológicos extremos son dos de las consecuencias que ocasionan graves problemas de salud. Según este informe, la exposición a las olas de calor en Europa aumentó un 57% entre los años 2020 y 2019, lo que supone un alto riesgo incluso de mortalidad relacionada con el calor para las personas mayores, los niños pequeños, las personas con enfermedades crónicas y las que no tienen un acceso adecuado a la asistencia sanitaria.

En cuanto a los fenómenos climáticos extremos, la redacción de este informe coincide con las consecuencias de las inundaciones ocurridas en Valencia el pasado 29 de octubre. Una tragedia que se ha llevado por delante centenares de vidas, con repercusiones directas e indirectas para la salud, provocando una pérdida muy importante de infraestructura y con unos altos costes económicos.

Para hacer frente a todo este tipo de discriminaciones es fundamental una sanidad pública, universal y gratuita, además de una mejor coordinación entre diferentes niveles de administraciones y los servicios sociales de base.

#### 4. LA GOBERNANZA MAL ENTENDIDA

Los sistemas públicos de salud de HEH sufren una estructura interna en la que unas pocas personas acumulan muchísimo poder en su ámbito de actuación e impiden políticas internas democráticas y transparentes. Estos espacios de poder controlan la contratación, la selección de personal o las condiciones de trabajo, pero también los modos de funcionamiento y coordinación con otros servicios, los niveles de autoconcertación y los protocolos de trabajo. Por ejemplo, la organización de Osakidetza se basa en la jerarquía y la compartimentación.

Esta acumulación de poder genera, a su vez, una enorme falta de transparencia respecto a todas las cuestiones señaladas. Osakidetza está siendo investigada por fraudes en las OPE del personal facultativo. Más allá de las consecuencias judiciales, se ha hecho público algo que era de sobra conocido por cualquier persona que conozca Osakidetza y la forma en la que se selecciona al personal facultativo hospitalario.

Asimismo, Osakidetza es una organización muy poco permeable a la participación social, incluso en el ámbito más natural para ello, la atención primaria.

Además de lo ya señalado, la alta temporalidad es también un instrumento de disciplina para la persona trabajadora respecto de sus mandos. Como también lo son cuestiones como el desarrollo profesional. Cabe recordar que, estamos ante un sistema, en el que la valoración del mando directo es uno de los factores que determinan si alcanzas uno u otro nivel; o dicho de otra manera, tu mando directo tiene la capacidad de influir en la cuantía de tus retribuciones.

#### 4.1. Situación de la Negociación Colectiva

Osakidetza no ha logrado renovar el Acuerdo Regulador sobre condiciones de trabajo los últimos 15 años. En Osakidetza no existe cultura negociadora y se imponen las condiciones de trabajo de forma habitual. Un análisis riguroso de esta materia es muy difícil, dado que el Departamento de Salud ha escondido sistemáticamente la información requerida.

Resulta muy ilustrativo recordar que, durante la anterior Legislatura, todos los sindicatos con representación en la Mesa Sectorial de Osakidetza estuvieron un total de 8 meses sin acudir a ese foro, precisamente por el bloqueo que existía en la misma.

Además de la mesa sectorial, existen muchísimos espacios de negociación colectiva vedados a los sindicatos o que se negocian en exclusiva con sindicatos corporativos. La negociación de calendarios de trabajo, horas extraordinarias, criterios para cubrir vacantes... en muchos casos se realizan directamente entre las direcciones y el personal, e incluso individualmente.

En Osasunbidea tampoco la Mesa Sectorial supone un foro de negociación real. Si bien en 2023 hubo movilizaciones y huelgas por parte del personal, desde Dirección se tomaron medidas -con el aval del Sindicato Médico, LAB, USAE, UGT y Afapna- que no han solucionado ninguno de los problemas estructurales del sector; se acordó que los y las facultativas percibirían 400 euros más al mes y se aprobó también una carrera profesional discriminatoria que deja fuera a todo el personal no sanitario de Osasunbidea. Además, tal y como veremos en el siguiente punto, el cambio de personalidad jurídica a empresa pública, puede traer consigo un enorme cambio en el ámbito de la negociación colectiva.

## 5. PACTO DE SALUD DE LA CAPV Y LEY FORAL DE SALUD DE NAVARRA

La desinversión continuada y la pérdida de calidad de Osasunbidea y Osakidetza son una realidad que no se puede obviar. Todas las propuestas políticas que se están realizando vienen a confirmar esta afirmación, como se constata también con el contenido en relación al proyecto de presupuesto de 2025

En este apartado se analizarán las principales propuestas políticas de los gobiernos de la CAPV y Navarra, como son el Pacto de Salud de la CAPV y la Ley Foral de Salud de Navarra. En ninguno de los casos se esperan políticas que reviertan los recortes que se han venido aplicando en el ámbito de la salud durante los últimos años.

### 5.1. Pacto de Salud de la CAPV

Tras la reciente aprobación del diagnóstico y conclusión de la primera fase del Pacto, ELA ratifica el acierto de no formar parte de dicho foro, dado que el diagnóstico realizado hace prever que el pacto posible no va a suponer ningún cambio sustancial de nuestro servicio sanitario.

El documento se ha ido moldeando en las diferentes reuniones que se han celebrado durante la fase de diagnóstico. Sin embargo, no se explicaba la razón por la que Osakidetza se encuentra saturada y no es capaz de ofrecer una atención sanitaria de calidad. Si no se analizan las causas de la situación actual no es posible abordar los problemas a solucionar.

ELA quiere remarcar que las políticas presupuestarias de las últimas décadas han generado una falta de recursos estructural y que la pandemia de la Covid-19 terminó de colapsar el sistema sanitario. El diagnóstico aportado no ofrece una evolución del gasto ni aporta datos comparativos veraces que muestren, por ejemplo, que el gasto público en sanidad es muy inferior al de los países de nuestro entorno.

ELA quiere llamar la atención sobre las cuestiones que el texto aborda de forma insuficiente, por ejemplo:

- Se estudia de forma superficial el impacto de las desigualdades sociales en los indicadores de salud poblacional. El cuidado de la salud no se puede abordar únicamente desde la atención sanitaria y requiere un estudio multidisciplinar.
- No se analizan los límites competenciales de la CAPV en materia sanitaria. Por ejemplo, la falta de competencias en materia de formación impide impulsar el urgente problema del relevo generacional de profesionales. No obstante, es una cuestión obviada.
- No se recoge el modelo de gobernanza ni los grupos de presión existentes en Osakidetza, que quedaron en evidencia en el fraude de la anterior OPE.
- No se analizan adecuadamente las relaciones laborales ni las condiciones de trabajo, siendo este un problema fundamental y una de las razones principales que explican la falta de profesionales, especialmente la enorme temporalidad que sufre Osakidetza.
- No se realiza un estudio pormenorizado sobre el auge de la sanidad privada y el desigual acceso a la atención sanitaria que sufre la población. Tampoco analiza de forma adecuada la privatización de servicios sanitarios.
- No se estudia la capacidad de Osakidetza para ofrecer el servicio en los dos idiomas oficiales y la vulneración sistemática de derechos lingüísticos de la población euskaldun.

Todos los elementos que no se han analizado en profundidad y la tergiversación estadística respecto a la inversión sanitaria muestran un estudio absolutamente parcial y dirigido a llevar adelante propuestas que no van a cambiar realmente la atención a la salud de la ciudadanía.

ELA reafirma que el modo más eficaz de defender Osakidetza en estos momentos es impulsar el debate social y organizar a la sociedad para exigir un cambio real de las políticas.

## 5.2. Ley Foral de Salud de Navarra

El acuerdo programático del Gobierno de Navarra para la legislatura 2023-2027, firmado por el PSN, Geroa Bai y Contigo Zurekin, recoge el compromiso de “presentar un Proyecto de Ley Foral de Salud antes de diciembre de 2024”.

A este Proyecto de Ley Foral le precede el informe acordado por el PSN, Geroa Bai, EH Bildu, Podemos-Ahal Dugu e Izquierda-Ezkerra la legislatura pasada. Este informe, se basa en recoger numerosos puntos que deberán ser los principios rectores de la Ley Foral de Salud. Entre estos puntos, destacan: la equidad en los niveles de salud, favoreciendo a los colectivos más desprotegidos, equidad territorial, no copago, prioridad máxima a la Salud Pública, especial atención a los tiempos de espera, empoderar a la Atención Primaria y reconocer su rol central, asegurar una financiación finalista y adecuada de la Atención Primaria, garantizar la atención pediátrica, calidad y estabilidad del empleo o adecuar competencias, perfiles profesionales y niveles retributivos, entre otros.

Sorprende que los grupos parlamentarios que están en el Gobierno de Navarra establezcan estos principios como política a seguir, ya que no son los que aplican en el día a día. Este es otro ejemplo de la distancia entre la retórica y la práctica política del Gobierno de Navarra.

Como muestra de ello, después de aprobar este informe se ha aprobado un proyecto de presupuesto para 2025 que no garantiza una suficiencia presupuestaria y se ha aprobado una Ley Foral que discrimina y aumenta la desigualdad entre perfiles profesionales en la carrera profesional.

ELA ya ha hecho aportaciones al Proyecto de Ley Foral de Salud que se centran, por un lado, en velar por los derechos de la plantilla y, por otro, en la defensa de un servicio público de calidad.

Pero lo que destaca en este Proyecto de Ley Foral de Salud es que el Gobierno prevé cambiar la naturaleza jurídica de Osasunbidea y del Instituto de Salud Pública y Laboral. Desde que se creó, Osasunbidea es un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar. Esto es, es un servicio público en el que se aplica el derecho público y su plantilla son funcionarios y funcionarias.

El borrador de Ley elaborado por el Gobierno de Navarra recoge en la Disposición Adicional Primera que en el plazo de un año se crearán las entidades públicas empresariales de Osasunbidea y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), modificando su actual naturaleza jurídica. Esto supone que el personal de Osasunbidea y del ISPLN que se incorpore después, será personal laboral y no funcionarios o funcionarias.

El convertir Osasunbidea y el ISPLN en empresas públicas, con el mismo estatus de Nasuvinsa, Tracasa o Salinas de Navarra, supone que el personal pasará a regirse por el derecho del ámbito social, con el Estatuto de los Trabajadores como referencia, al igual que cualquier otra empresa pública o privada.

Además, Navarra perdería la competencia de regular sobre las condiciones laborales de Osasunbidea y del ISPLN, ya que las condiciones funcionariales se deciden en Navarra, y las condiciones del personal laboral se marcan a nivel estatal desde Madrid.

ELA considera que este es uno de los mayores ataques a Osasunbidea y al ISPLN que jamás se haya planteado. El servicio público de Salud no mejorará si no lo hacen antes las condiciones de la plantilla. Esta Ley Foral debería tener en cuenta a los y las profesionales sobre quienes descansa la responsabilidad de prestar este servicio público. Sin embargo, no hay mención a la temporalidad, ni a la pérdida de poder adquisitivo, ni a las cargas de trabajo.

## 6. SITUACIÓN DEL EUSKERA

Osakidetza y Osasunbidea son administraciones pensadas para trabajar y atender en castellano. Se vulneran sistemáticamente los derechos lingüísticos de pacientes y personas trabajadoras y ello empeora la calidad asistencial. Atender al paciente en su idioma de elección mejora la relación, y estudios internacionales lo relacionan directamente con la mejora en indicadores de salud. Sin embargo, Osakidetza y Osasunbidea no recogen el idioma en la que en la práctica se relacionan las personas que acuden a centros de salud u hospitales. Asimismo, la asignación de perfiles lingüísticos en gran medida ha excluido al personal facultativo hospitalario, por lo que resulta imposible establecer criterios para asegurar la atención en euskera en los hospitales.

Muestra de los anterior es que:

1. La atención a las personas que han solicitado la atención preferencial en euskera se realiza en muchas ocasiones en castellano. Es más, ni siquiera ese criterio se utiliza a la hora de asignar profesionales (en muchos casos), salvo que el paciente lo exija explícitamente.
2. Prácticamente toda la formación del personal residente se realiza exclusivamente en castellano. No se aprovechan ni los estudios superiores y los periodos de residencia para que el personal que en el futuro trabajará en sanidad conozca los dos idiomas oficiales en los que debería ser capaz de atender a la población.
3. Los datos que deben compartirse entre profesionales solo pueden realizarse en castellano. Es especialmente grave la situación de la historia clínica.
4. Las reuniones de trabajo o formaciones se realizan exclusivamente en castellano.
5. Una parte sustancial de la información interna que generan Osakidetza y Osasunbidea está únicamente en castellano.
6. Las personas que quieren recibir el servicio en euskera deben exigirlo explícitamente, lo que en muchos casos genera demoras y la necesidad de explicar por qué quieren recibir el servicio en euskera, teniendo en cuenta que los problemas de salud generan una situación de enorme vulnerabilidad en las personas que acuden a los servicios públicos de salud..

El personal temporal no ha tenido una ayuda real para poder aprender euskera y en la formación de futuros profesionales no se incluye la realidad lingüística (ni para euskaldunizar al personal y ni para realizar pedagogía sobre esta cuestión). Las personas que trabajan no reciben ningún tipo de formación o acogida, ni existe ningún programa de sensibilización respecto a los derechos lingüísticos de la población o de las personas trabajadoras.

Parte del personal que cumple con los perfiles lingüísticos no tiene capacidad para atender en euskera a las y los pacientes.

## 7. CONCLUSIONES

El deterioro de los servicios públicos de salud ha aumentado desde la pandemia, aunque, en realidad, provenga de los recortes sistemáticos realizados en los servicios públicos después de la crisis de 2008.

### **Pérdida de calidad de los servicios públicos de salud**

La falta de inversión pública ha sido una constante en la última década. Así lo muestran los presupuestos del Gobierno Vasco y del Gobierno de Navarra para el departamento de salud, insuficientes y muy alejados del gasto que se realiza de media en los países de la UE.

Esta desinversión se traduce en un empeoramiento continuo de la calidad de los sistemas de salud de HEH, con una actividad en la que la atención primaria no presencial se ha disparado, con unas listas de espera que no han dejado de crecer en la última década y con una infradotación de personal evidente, como en los numerosos centros en los que no se sustituye personal en las épocas de verano, Semana Santa o Navidad.

### **Estrategia para fomentar la sanidad privada**

Una mala calidad en los servicios públicos conlleva una potenciación de la sanidad privada. El número de derivaciones de centros públicos a privados, la contratación de seguros privados por parte de las personas, los y las profesionales que compatibilizan su trabajo en centros públicos y privados o el hecho de que haya servicios que estén en su mayoría privatizados (salud mental, Interrupciones del embarazo, salud bucodental, fisioterapia,...) son algunos de los ejemplos de la estrategia que se ha desarrollado de forma deliberada por parte de las instituciones públicas, en beneficio de la empresa privada.

### **Precariedad en las plantillas de Osakidetza y Osasunbidea**

En ambos sistemas de salud más de la mitad de la plantilla es temporal, cuando desde Europa se pide que ese porcentaje sea inferior al 8%. La parcialidad también es elevada en ambos casos. Además, las personas trabajadoras de Osakidetza y Osasunbidea acumulan una pérdida de poder adquisitivo en torno del 20% y del 15,8% respectivamente durante los últimos 15 años.

Esta situación afecta directamente en la alta rotación de personal que hay en la atención primaria y especializada, restando continuidad al servicio en un mismo centro de salud, lo cual influye también en la percepción que tienen los usuarios por su atención.

Además, no existe una cultura negociadora ni hay una voluntad política para mejorar las condiciones de trabajo de las personas trabajadoras de Osakidetza y Osasunbidea.

### **Las desigualdades sociales tienen consecuencias directas en la salud**

La esperanza de vida es diferente dependiendo del nivel socioeconómico, del origen, del género o de la precariedad laboral. La sanidad pública no está preparada para abordar esta realidad, ni ofrece servicios de coordinación entre diferentes administraciones para garantizar unos servicios de salud en igualdad de condiciones.

## Las políticas públicas actuales no van a revertir esta situación

Ni el Pacto de Salud de la CAPV, ni la Ley Foral de Salud de Navarra van a suponer cambios de calado en materia de salud. En ambas hay cuestiones que no se abordan o que se abordan de forma insuficiente (por ejemplo, las relaciones laborales), no van a suponer una mayor inversión en el departamento de salud y abren el camino a un empeoramiento de los sistemas públicos, como en el caso de la conversión de Osasunbidea en una empresa pública.

## 8. PROPUESTAS DE ELA

Las conclusiones del informe son claras y son necesarias medidas para revertir esta situación lo antes posible.

### a) Medidas encaminadas a reducir la pobreza y atajar las desigualdades sociales

Como hemos indicado, la población que se encuentra en peor situación económica o que reside en zonas más desfavorecidas tiene peor salud. Por ello, es necesario abordar medidas estructurales para atajar la pobreza, la exclusión social y las desigualdades sociales.

Por ello, ELA va a seguir reclamando medidas como un aumento del Salario Mínimo Interprofesional hasta el 65% del PIB per cápita (1.795 euros mensuales en 2024), aumentar la Renta Garantizada en los términos recogidos en la Iniciativa Legislativa Popular (ILP) contra la pobreza y la exclusión social de la Carta de Derechos Sociales de Euskal Herria, o un cambio radical de la política de vivienda, como se recoge en las propuestas que el sindicato ha venido realizando en los últimos meses sobre esta materia.

### b) Aumento presupuestario para equipararnos a la media de la Unión Europea

El Gobierno de Navarra debería incrementar en 2,1 puntos del PIB el gasto público en salud para equiparlo al gasto medio de la UE. Esto es, se deberían invertir en Navarra 590 millones de euros más de los presupuestados en 2025. En el caso de la CAPV la diferencia de gasto es de 2,08 puntos del PIB, equivalente a 2.000 millones de euros. Esto es, en total la diferencia de inversión del Gobierno de Navarra y Gobierno Vasco con la media europea es de 2.590 millones de euros. Este incremento podría realizarse de forma gradual, en un periodo de cuatro años.

El gasto y la inversión pública, tanto en salud como en cualquier otra materia, dependen de la voluntad y prioridades políticas del Gobierno de turno.

### c) Garantizar el acceso a la Atención Primaria en un máximo de 24 horas

Garantizar que todas las personas puedan acceder a la Atención Primaria en un plazo máximo de 24 horas. Para ello es necesario destinar el 25% del presupuesto de Salud, que como hemos indicado en el punto anterior debería aumentar de forma sustancial, a la Atención Primaria, reforzando su plantilla. La inversión en Atención Primaria es la entrada a Osakidetza y Osasunbidea, la mejora en su atención tiene efecto en todo el sistema, mejora su eficiencia y tiene resultados inmediatos en la salud de la población.

Asimismo, es necesario reforzar el trabajo de prevención, promocionando la educación sobre la salud, fomentando un estilo de vida saludable y trabajando este tema de forma comunitaria. Toda formación sobre el sistema de salud y el hecho de establecer unos criterios de autocuidado va a

propiciar un mejor uso de los sistemas de salud públicos. Además, esto supone una oportunidad para una mayor participación social en materia de salud.

#### **d) Reducción sustancial de las listas de espera**

Los datos sobre las listas de espera no se corresponden con la realidad. Osakidetza y Osasunbidea utilizan diversos mecanismos para esconderlos y maquillarlos. Es necesario acordar unos criterios transparentes y razonables sobre cómo medir esos datos y establecer un compromiso de reducción sustancial de las listas de espera reales.

#### **e) Potenciación de la salud mental**

Aumentar la plantilla de salud mental para convertirlo en un servicio universal de la atención primaria y de las posteriores especialidades y revertir el progresivo deterioro y privatización/derivación del sistema.

#### **f) Desarrollo de la red pública y disminución del aprovechamiento de ésta por parte de la sanidad privada**

Disminuir el aprovechamiento de Osakidetza y Osasunbidea por parte de la sanidad privada:

- Restituir el complemento de exclusividad para que lo cobre únicamente el personal que trabaje únicamente para Osakidetza y Osasunbidea.
- Establecer un sistema de control horario mediante fichaje presencial.
- Establecer un itinerario para eliminar los conciertos con la sanidad privada y asumir directamente esas labores.
- Establecer un plan para que el personal que trabaja en la sanidad privada lo haga en Osakidetza y Osasunbidea.
- Establecer medidas para que no se pueda aprovechar la formación de Osakidetza para engordar la sanidad privada (dermatología, cirugía estética...).
- Las mutuas patronales están planteando asumir nuevas funciones. Iniciar el proceso contrario y utilizar esos excedentes que muestran las mutuas para reforzar la sanidad pública e iniciar un proceso para que la salud laboral forme parte de la sanidad pública.
- Publicación del servicio de ambulancias en la CAPV.

#### **g) Acceso universal a la sanidad pública**

En un contexto en que las desigualdades sociales son tan grandes y siguen creciendo, las personas y colectivos más vulnerables sufren en mayor medida las carencias de los servicios públicos.

Es necesario garantizar el derecho universal y gratuito a la salud sin excepciones, lo que incluye un tratamiento de calidad a las personas sin tarjeta sanitaria o revertir con medios suficientes el abandono institucional médico que sufre el colectivo de personas presas.

Se debe incorporar a la cartera de servicios una atención y cobertura plena de especialidades como odontología, fisioterapia u oftalmología.

## h) Eliminación de la autoconcertación (horas extras)

Establecer un plan para eliminar la autocconcertación (horas extras) estructural que se viene aplicando desde el año 1992 y que va a más. Ello pasa por reforzar las plantillas para poder absorber la demanda asistencial con recursos ordinarios.

### i) Aumento de personas para equipararse a la media de la OCDE y mejora de las condiciones de trabajo:

- Estabilidad de la plantilla

Con las OPEs en marcha la tasa de temporalidad se va a mantener por encima del 40% en Osakidetza y del 50% en Osasunbidea.

- Reconocimiento dentro de la plantilla estructural de todos los puestos de trabajo de la plantilla funcional y todos los de trabajo por acumulación de tareas.
- Crear puestos de trabajo estables para cubrir la necesidades de sustitución estructurales.
- Estabilizar a la plantilla mediante un proceso de consolidación extraordinario para fijar a todo el personal que lleve más de tres años trabajando.
- Plan de relevo generacional

Establecer un plan a 15 años para afrontar el relevo generacional de Osakidetza y Osasunbidea sobre la base de las necesidades que van a tener.

- Condiciones de trabajo

Negociación y mejora de las condiciones de trabajo de la plantilla de Osakidetza y Osasunbidea manteniendo la equidad entre las diferentes categorías. En Osakidetza el Acuerdo regulador está vencido desde 2009. En Osasunbidea, la posible conversión a empresa pública puede suponer un deterioro sustancial de las condiciones de trabajo.

Medidas para garantizar que, en la práctica, la plantilla puede acogerse a medidas de conciliación.

- Modificación de la carrera profesional

Modificar la carrera profesional con los siguientes objetivos: ser equitativo entre todos los estamentos de Osakidetza y Osasunbidea, tener en cuenta la perspectiva de género, la formación a tener en cuenta debe ser ofertada o facilitada por Osakidetza y Osasunbidea, debe valorar la capacidad de trabajar en euskera y no puede haber valoraciones subjetivas para su obtención.

- Competencias en formación especializada

Exigir la competencia en formación especializada de personal sanitario para establecer un programa adecuado a las necesidades de Osakidetza y Osasunbidea.

### j) Euskera

En la sanidad pública se debe respetar el derecho de la ciudadanía a ser atendida, al menos, en los dos idiomas oficiales de Hego Euskal Herria.

Para eso es necesario garantizar que todas las herramientas internas de Osakidetza y Osasunbidea puedan utilizarse también en euskera. Poner en marcha un plan de euskaldunización integral que permita:

- Inmediatamente, que cualquier trabajador o trabajadora de Osakidetza pueda relacionarse en euskera con Osakidetza (con las direcciones, utilizar las herramientas informáticas en euskera,...)
- En 5 años establecer circuitos completos de servicio en euskera.
- Apoyar al personal para que en 15 años que todo él sea bilingüe y se posibilite que cualquier persona pueda acceder en condiciones de igualdad a cualquier servicio de Osakidetza.

### **k) Mayor participación social**

Es necesaria una mayor participación social en todo lo que concierne a los sistemas públicos de salud. Una participación real que tenga en cuenta a todos aquellos colectivos que luchan por una sanidad pública universal, gratuita y de calidad.

