

Estudios



Informe sobre la sanidad pública en Hego Euskal Herria

Gabinete de Estudios de ELA

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	3
II. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN HEGO EUSKAL HERRIA	3
1. Gasto público en sanidad	3
2. Cifras de actividad	5
3. Consideraciones	7
III. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN NAVARRA	8
1. Salud en cifras	8
2. Cantidad de servicio prestado: carga de trabajo	9
3. Condiciones de trabajo del personal sanitario	9
4. Consideraciones	11
IV. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN LA CAPV	12
1. Cifras de actividad	12
2. Personal de Osakidetza	14
3. Consideraciones	16
V. CONCLUSIONES	17
VI. PROPUESTAS	18
1. Aumentar el Gasto Público en Sanidad	18
2. Potenciación de la Red Pública	20
3. Mejora de las condiciones de trabajo	21
4. Derecho a recibir todo servicio sanitario en euskara	23

I. INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de la ciudadanía, y en especial para la clase trabajadora y los colectivos más desfavorecidos, contar con un adecuado sistema público de salud es de vital importancia. Sin embargo, las políticas capitalistas que se llevan a cabo en Hego Euskal Herria, hacen destinar un bajo nivel de recursos públicos a la misma, lo que tiene como consecuencia que la sanidad pública se vaya deteriorando.

Cobran especial protagonismo en este apartado las políticas de subcontratación y privatización. La deficiente inversión que los gobiernos de Iruñea y Gasteiz hacen por un sistema sanitario público, significa dar cobertura y fomentar la sanidad privada.

Es práctica habitual sufragar mediante conciertos y convenios con empresas privadas sanitarias las carencias del sistema público, con el objetivo de que cubran lo que lo público no acoge, o para reducir listas de espera. Así, se da pie a que las empresas privadas hagan negocio con la salud.

En este informe estudiaremos la situación de la sanidad pública en Navarra y la CAPV. Para analizar la información sobre el sector sanitario de Navarra utilizaremos las memorias de Osasunbidea (del 2000 al 2008), y el gasto destinado a salud pública. La información de la CAPV proviene del gasto destinado al Departamento de Sanidad, la estadística hospitalaria y la extra-hospitalaria publicada por el Eustat.

II. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN HEGO EUSKAL HERRIA

1. GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

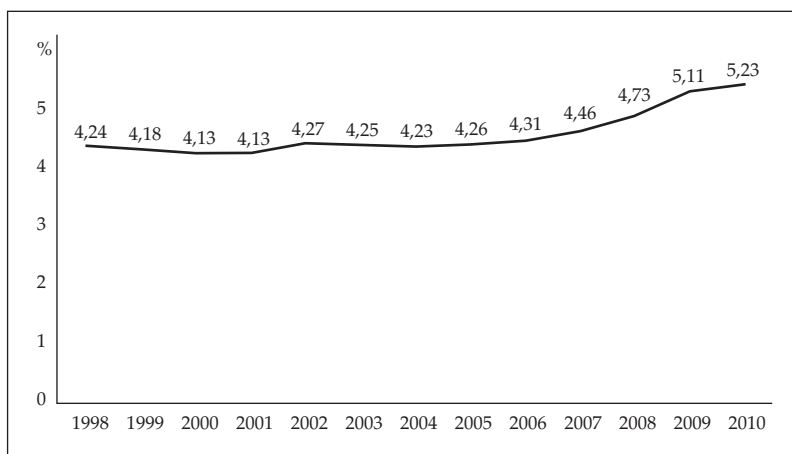
El gasto público en sanidad presupuestado para 2010 entre los gobiernos de Iruñea y Gasteiz asciende a 4.516,5 millones de euros, lo que supone un 5,23% del PIB de Hego Euskal Herria.

La evolución del gasto público invertido en salud se ha incrementado en un punto desde 1998, cuando el gasto era de 1.927,6 millones de euros, un 4,24% del PIB.

Una parte importante del incremento respecto al PIB, se produce en 2009 y 2010. Sin embargo, no se trata de datos consolidados, sino de una previsión de cierre (para 2009), y un presupuesto (para

2010) que no tiene porqué cumplirse. Además, el aumento de lo que representa el gasto público en sanidad respecto al PIB en 2009 y 2010 tiene más que ver con el descenso del PIB que con el incremento del gasto.

Evolución del Gasto Público en Salud (% PIB). HEH, 1998-2010



Fuente: IEN, Gobierno de Navarra, Eustat y Eusko Jaurlaritza

A pesar de esta evolución, el gasto público en sanidad es claramente insuficiente, no permite cubrir las crecientes necesidades en salud, y está notablemente por debajo del gasto existente en la OCDE.

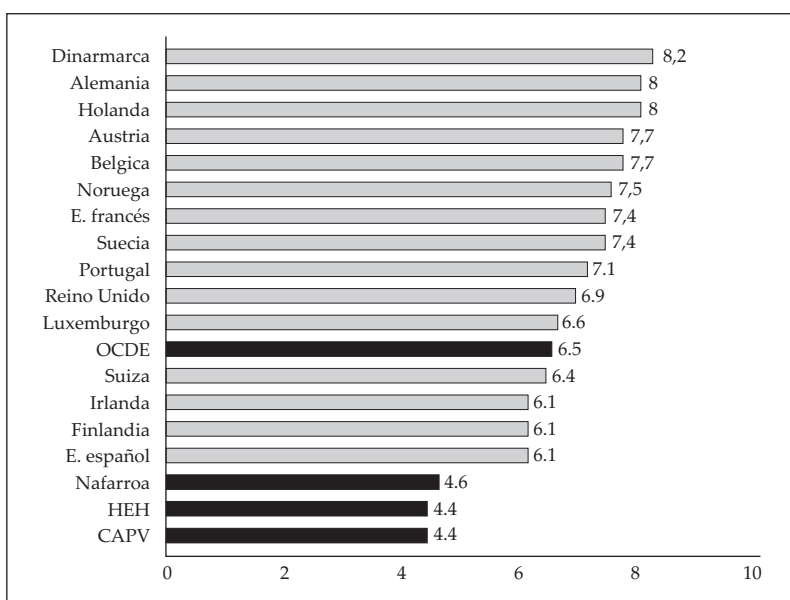
La última información disponible para poder realizar una comparación con el entorno internacional es del ejercicio 2007, año en el que la media del gasto público en salud en la OCDE era del 6,5% del PIB; en este ejercicio, en HEH el porcentaje destinado a salud pública era tan sólo del 4,4% del PIB. Es decir, se tendrían que haber destinado 1.748,4 millones de euros más de los que se destinaron para que el gasto público en salud hubiera tenido el mismo peso que la media de la OCDE.

Analizando por Comunidades, vemos que el porcentaje correspondiente a salud pública en Navarra era del 4,6% del PIB en ese mismo periodo. Esta diferencia de 1,9 puntos menos de PIB respecto a la media de la OCDE, que no se reduce en el tiempo, supuso 357,3 millones de euros menos en 2007. De esta forma, en Navarra

se gastaron por cada persona 589,7 euros menos que en la media de la OCDE.

En 2007 la CAPV se sitúa a la cola del gasto público en salud (4,4% del PIB), con un gasto 2,1 puntos menor que la media de los estados de la OCDE. Esto significa, que de haber llegado al gasto medio de la OCDE, en la CAPV se habrían destinado 1.391,1 millones de euros más a salud. Así, en la CAPV se gastaron por cada persona 647,7 euros menos que en la media de la OCDE.

Gasto Público en Salud (%PIB) 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la OCDE e IEN, EUSTAT, Gobierno de Navarra y Gobierno Vasco

2. CIFRAS DE ACTIVIDAD

El volumen de actividad que se desarrolla en el ámbito de la sanidad se mide según diferentes variables e indicadores, entre los que destacan los indicadores de ocupación, rotación y estancia media.

Los datos están actualizados a 2008 en el caso de Navarra. No obstante, para la CAPV los últimos datos disponibles son los de 2007.

- *Índice de ocupación*

El índice de ocupación muestra cuánto tiempo está ocupada cada cama durante el año. Por tanto, cuanto mayor sea el índice de ocupación, significa que mayor es la carga que soporta el servicio público sanitario.

El índice de ocupación en Navarra se ha situado en el 77,3% en el año 2008. Ello muestra que, a pesar de una ligera variación a la baja, la ocupación sigue siendo similar a la de años anteriores.

En la CAPV, durante 2007 la ocupación ha sido del 82,8%. Así, se puede ver que se da una tendencia paulatina al alza, de manera que desde el 2006 ha aumentado 1,5 puntos (desde el 81,3%), y desde el 2000 ha aumentado 2,1 puntos (pasando del 80,7% al 82,8%).

- *Índice de rotación*

El índice de rotación relaciona el número de personas ingresadas y el número de camas, por lo que informa sobre cuántas personas pasan por cada cama a lo largo del año. De esta forma, el aumento de la rotación muestra mayor carga al servicio sanitario público.

El índice de rotación en Navarra se sitúa en el 44,3% en el 2008. La tendencia de los últimos años es el aumento paulatino de la rotación, siendo el índice en 2008 de 5,7 puntos mayor que el de 2000 (que era del 38,6%).

En la CAPV la rotación se sitúa en el 37% para el año 2007. La evolución de los últimos años es de un constante y fuerte aumento de la rotación. Así, en un año ha incrementado un punto (desde 36% del 2006), y se encuentra lejos del 33,6% del año 2000 (el aumento ha sido de 3,4 puntos).

- *Estancia media*

La estancia media mide el número de días que se permanece de media en el hospital. Cuando disminuye, significa que las altas se dan con mayor prontitud.

La estancia media en Navarra ha sido de 6,4 días en el 2008, 0,2 días menos que en 2007 (que fue de 6,6 días). La tendencia de los últimos 7 años es a la baja, siendo las estancias cada vez de menos duración. Así, la estancia media en el año 2000 era de 7,3 días (0,9 días mayor que en 2008).

En la CAPV, la estancia media en el 2007 ha sido de 8,2 días de ingreso. Se observa que la tendencia es de aminorar la estancia, de

manera que si bien no ha variado respecto a la de 2006, desde el año 2000 ha bajado 0,6 días (cuando la estancia media era de 8,8 días).

Indicadores de Actividad y Evolución 2000-2007

		2000	2003	2006	2007	2008
Índice de ocupación	Navarra	77,6	79,2	79,7	79,8	77,3
	CAPV	80,7	82,3	81,3	82,8	-
Índice de rotación	Navarra	38,6	41,5	43,4	43,4	44,3
	CAPV	33,6	34,7	36	37	-
Estancia media	Navarra	7,3	7,0	6,7	6,6	6,4
	CAPV	8,8	8,7	8,2	8,2	-

Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) y Estadística Hospitalaria

3. CONSIDERACIONES

Pese a la ligera evolución ascendente que muestra el gasto en salud pública en HEH, la inversión es totalmente insuficiente, y muy distante de la que los países que componen la OCDE llevan a cabo. Y es que se deberían invertir 1.748,4 millones de euros más al año en HEH para equiparar el gasto público en salud al de la media de los países de la OCDE.

Las cifras de actividad, en cambio, muestran que el sistema sanitario público cada vez debe soportar una mayor carga.

En consecuencia, se puede ver que la política desarrollada no va en consonancia con las necesidades del sector sanitario público de HEH.

III. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN NAVARRA

En el presente apartado, analizaremos el sector sanitario público de Navarra, haciendo referencia a las cifras de actividad y trabajo específicas para Navarra, y a las condiciones de trabajo del personal de Osasunbidea.

1. SALUD EN CIFRAS

- *Cifras de espera*

Si analizamos los ratios de espera, se puede observar que la espera para las intervenciones quirúrgicas ha disminuido en 2008, pasando de los 74 días en 2007, a los 61 días en 2008. No obstante, la espera ha aumentado en 7 días desde el 2000 (pasando de 54 a 61 días).

En parte, esta merma se debe a que en 2008 se han destinado 19,2 millones de euros para la disminución en listas de espera. Esta medida coyuntural, ha sido dirigida tanto a contratar personal temporalmente (13 millones de euros), como a pagar el llamado “complemento de productividad” o peonadas (6,2 millones de euros).

Asimismo, la disminución de las listas de espera también se explica con el fuerte aumento de las derivaciones a los centros privados. En 2008, las derivaciones han aumentado un 35% en cirugía y un 193% en consultas y pruebas respecto a 2007.

Durante el 2008 ha habido una media de 8.781 personas en espera para las intervenciones quirúrgicas, 1.055 más que en 2007 (7.726 personas), y 4.184 personas más que en el 2000 (4.597 personas).

Ratios de Espera en el Sector Hospitalario. Navarra 2000-2007

		2000	2003	2007	2008
Intervenciones quirúrgicas	Espera media ponderada	54	71	74	61
	Nº de personas	4.597	7.120	7.726	8.781

*Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)
2000, 2003, 2007, 2008*

- *Número de camas*

El número de camas disponible en 2008 era de 1.388 (2,23 camas por cada 1.000 habitantes), 3 camas menos que en 2007. En el año 2003, había 1.343 camas en total, lo cual daba 2,3 camas por cada 1.000

habitantes. Es decir, el número de camas y la cobertura que suponen no se han modificado.

**Número de Camas y Camas
por cada 1000 habitantes. Navarra 2003-2008**

	2003	2007	2008
Nº de camas	1.343	1.391	1.388
Camas / 1.000 habitantes	2,32	2,30	2,23

*Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)
2003, 2007, 2008*

2. CANTIDAD DE SERVICIO PRESTADO: CARGA DE TRABAJO

Los indicadores de actividad muestran un constante crecimiento en los últimos años, de manera que los ingresos han aumentado un 4,2% en el último año, las consultas un 6,6% y la actividad quirúrgica un 4,2%. Las urgencias son el único ámbito que ha disminuido el último año, concretamente un 2,4%.

Si analizamos la evolución desde el año 2000, observamos que los ingresos han aumentado un 12,1%, y las urgencias han recibido un 8,5% más de visitas (no disponemos de más datos).

**Cantidad y Evolución del Servicio Prestado.
Navarra 2000-2008**

	2000	2003	2006	2007	2008	2000-08	2007-08
Ingresos	52.888	54.390	56.894	57.621	60.136	7.248 (12,1%)	2.515 (4,2%)
Urgencias	231.885	246.953	254.429	259.594	253.463	21.578 (8,5%)	-6.131 (-2,4%)
Consultas	-	879.002	884.899	917.469	982.587	-	65.118 (6,6%)
Actividad quirúrgica	-	41.636	43.612	45.252	47.253	-	2.001 (4,2%)

*Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)
2000, 2003, 2006, 2007, 2008*

3. CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO

El personal empleado en el servicio público de salud sufre las consecuencias de las políticas de contención del gasto en salud que se aplican, a pesar de que las cifras de actividad aumentan. Estas prác-

ticas conllevan un deterioro, tanto en la calidad del servicio prestado, como de las condiciones de trabajo.

- *Perfil de la plantilla*

La plantilla que conforma el sector público de salud en 2008 es de 9.539 personas, 518 personas más que en el 2007 (en total fueron 9.021 personas), y 1.548 personas más que en el 2003 (cuando trabajaban 7.991 personas). Durante los últimos años, la plantilla ha tenido una tendencia ascendente, aunque sigue siendo insuficiente.

La temporalidad tiene una exagerada presencia dentro del personal contratado. Así, en 2008 la tasa de temporalidad se sitúa en el 44,4% (cuando la tasa de temporalidad general en Navarra el cuarto trimestre de 2008 es del 23,3%), lo que significa que de 9.539 personas trabajando, 4.233 lo hacen mediante contratación temporal.

El número de personas contratadas temporalmente ha ido incrementándose continuamente, de forma que en 2008 fueron 190 más que en 2007 (cuando el total de temporales era de 4.043 personas), y 781 personas más que en 2003 (el total de gente contratada temporalmente era de 3.452).

Plantilla de Osasunbidea. 2003-2008

		2003	2006	2007	2008
Total plantilla	Nº	7.991	8.460	9.021	9.539
Temporalidad	Nº	3452	3691	4043	4.233
	Tasa (%)	43,2%	43,6%	44,8%	44,4%

Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) 2003, 2006, 2007, 2008

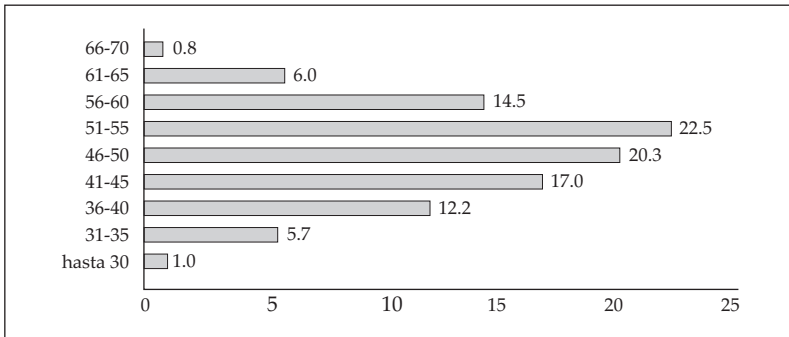
Resulta totalmente inadmisibile que el Gobierno de Navarra, que debería combatir la temporalidad, en aquellos ámbitos que dependen de si mismo, tenga una tasa de temporalidad casi 2 veces superior a la ya elevadísima tasa de temporalidad general, y que además, año tras año, contrate a cada vez más gente de forma temporal.

La Memoria del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, dispone de los datos sobre la edad de la plantilla sólo para el personal fijo. De manera que queda fuera casi la mitad del personal, el contratado temporalmente.

Así, se puede observar la elevada edad que presenta el cuadro de personal fijo, ya que:

- El 43,8% de la plantilla tiene más de 51 años
- Sólo un 6,7% es menor de 35 años
- Casi hay tantas personas entre 66 y 70 años, como menores de 30

Personal Fijo de Osasunbidea por tramos de edad (%) Navarra 2008



Fuente: Memoria del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea) 2008

4. CONSIDERACIONES

La política que vienen desarrollando en el sector sanitario público de Navarra, es una política de contención de gasto, a pesar de que las cifras de actividad aumentan. Esto desemboca en que la carga de trabajo se incrementa, al tiempo que las condiciones de trabajo empeoran.

Claro reflejo de la falta de inversión, y de una política poco responsable es que la edad de la plantilla sea muy elevada, y la temporalidad, inadmisibile.

Como resultado de estas políticas, la calidad del sector sanitario público va empeorando. Al mismo tiempo, el sector sanitario privado cada vez ocupa un lugar más importante.

Este es un aspecto central a la hora de examinar el diseño de la sanidad en Navarra, la privatización. Quizá, por este motivo los datos al respecto sean escasos, y no permitan un análisis exhaustivo.

IV. SECTOR SANITARIO PÚBLICO EN LA CAPV

En la CAPV se han analizado las cifras de actividad, así como las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza.

1. CIFRAS DE ACTIVIDAD

Para analizar la situación y evolución del sector sanitario público de la CAPV emplearemos las estadísticas correspondientes al sector hospitalario y al sector extra-hospitalario público, publicadas por el Eustat:

- *Sector hospitalario*

En este apartado vamos a analizar las cifras del sector hospitalario correspondientes al periodo desde 1998 al 2007.

- Número de hospitales

El número de hospitales ha pasado de 51 en el año 1998 a 44 en el 2007. El último año el número de hospitales ha descendido en 1.

- Número de camas

El número de camas ha descendido en 286 desde 1998 a 2007, y hay una cama menos desde el 2006.

- Hospitalizaciones por cada 1.000 habitantes

Las hospitalizaciones van aumentando paulatinamente año tras año. En el 2007 se dieron 140,2 ingresos por cada 1.000 habitantes, 3 más que el año anterior, y 15,1 más que en 1998 (es decir, han aumentado un 12,1% desde 1998).

- Intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes

Durante el 2007 se realizaron 109,2 intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes, 4 más que en 2006 (105,2) y 21,8 más que durante el año 1998 (87,4). Es evidente el continuo incremento que se está dando.

- Consultas externas por cada 1.000 habitantes

En el año 2007 han sido 1.121,9 las consultas externas realizadas por cada 1.000 habitantes. El incremento respecto al ejercicio pasado es de 21,2 consultas por cada 1.000 habitantes (en 2006 fueron 1.100,7 las consultas). En 2007 se han pasado 231,4 consultas externas por cada 1.000 habitantes más que en 1998 (cuando fueron 890,5).

**Cantidad y Evolución de distintos
Ratios de Actividad. CAPV, 1998-2007**

	1998	2006	2007
Número de hospitales	51	45	44
Número de camas	8.334	8.049	8.048
Hospitalizaciones por cada 1.000 habitantes	263.285	292.104	300.122
Intervenciones quirúrgicas /1.000 habitantes	87,4	105,2	109,2
Consultas externas / 1.000 habitantes	1.121,9	1.100,7	890,5

Fuente: Estadística Hospitalaria 2007

- *Sector extrahospitalario*

En este apartado estudiaremos la información correspondiente al sector extra-hospitalario, también para el periodo de 1998-2007.

- Número de centros

El número de centros extra-hospitalarios ha pasado de 442 en 1998 a 467 en 2007 (un incremento del 5,6%). En 2007 este número se ha incrementado en 2 centros más.

- Número de consultas

Las consultas se han incrementado en un 16,5% desde 1998 a 2007, pasando de 11,8 millones de consultas a 13,8. Desde 2006 las consultas han incrementado en un 3%.

- Número de consultas por cada 100 habitantes

Las consultas por cada 100 habitantes también van incrementándose, de manera que han pasado de 569 en 1998 a 628 en 2006 y 643 en 2007.

- Número de consultas por médico

El número de consultas por médico se ha incrementado en un 5,4% desde 1998, pasando de 4.718 a 4.974. Desde el 2006 el incremento ha sido del 2,5%.

Cantidad y Evolución de distintos Ratios de Actividad, CAPV 1998-2007

	1998	2006	2007
Número de centros	442	465	467
Número de consultas (millones)	11,8	13,4	13,8
Número de consultas por cada 100 habitantes	569	628	643
Número de consultas por médico	4.718	4.853	4.974

Fuente: Estadística Extrahospitalaria 2007

2. PERSONAL DE OSAKIDETZA

La plantilla de Osakidetza en 2008 está compuesta por 23.803 personas, lo cual significa que desde el 2001 ha disminuido en 1.861 personas, si bien hay 1.087 más que en 2007.

Se trata de una plantilla mayoritariamente femenina, que, además, cada vez lo es en mayor medida. Así se ha pasado de un 71,9% de mujeres en el 2001, al 73,9% en el 2008.

Asimismo, la edad de la plantilla es cada vez mayor. En el caso de las mujeres, el porcentaje de las trabajadoras con una edad comprendida entre los 50 y 60 años, ha pasado del 13,8% en 2001, al 34,8% en 2007 y al 42,1% en 2008. En el caso de los hombres en este mismo tramo de edad, el porcentaje ha pasado del 7,6% en 2001, al 39,8% en 2007 y al 45,1% en 2008.

Osakidetza presenta un perfil femenino y con una edad media cada vez mayor.

Plantilla de Osakidetza. CAPV 2001-2008

		2001	2007	2008
Plantilla total		25.664	22.716	23.803
Género	Mujeres	71,9%	73,6%	73,9%
	Hombres	28,1%	26,4%	26,1%
Edad (50-60)	Mujeres	13,8%	34,8%	42,1%
	Hombres	7,6%	39,8%	45,1%

Fuente: Memoria de Osakidetza 2001, 2007, 2008

Si atendemos a ciertas categorías, observamos que la evolución que se presenta es aún más preocupante; el personal de servicios generales (cocina, limpieza,...), celadores, auxiliares de enfermería o de

administración general ha visto cómo se reduce su peso sobre el total de la plantilla, llegando en algún caso incluso a ver reducido su número total. De este modo tienen que hacer frente a una actividad creciente con la misma plantilla o incluso menos.

Así, podemos ver que mientras que en el año 2001 el personal de servicios generales representaba un 6,7% de la plantilla, en el año 2008 ha descendido al 4,8%. Lo mismo sucede con la categoría de auxiliares de enfermería, que en estos 8 años ha descendido del 17,7% al 16,5%. La plantilla de administración general supone en el 2008 la tercera parte de lo que suponía en el 2001 (ha pasado de representar el 1,8% al 0,6%). Por su parte, la categoría de celadores ha mantenido su peso (aunque en el último año también ha descendido 0,1 puntos).

Evolución de la plantilla de Osakidetza por categorías (%). CAPV 2001-2008

	2001	2005	2007	2008
Servicios Generales	6,7	6,1	5,1	4,8
Auxiliares de enfermería	17,7	17,2	17,2	16,5
Administración general	1,8	1,1	0,5	0,6

Fuente: Memoria de Osakidetza 2001, 2005, 2007, 2008

- Temporalidad

Si bien en anteriores informes realizados por el Gabinete de Estudios de ELA hemos podido analizar la contratación y temporalidad existente en la plantilla de Osakidetza, las últimas memorias publicadas por este organismo recogen información que para nada es homogénea con las de años precedentes, por lo que es imposible su estudio. Este proceder de Osakidetza es denunciante.

La única información que ofrece es la del número de contratos temporales realizados en los últimos 4 años, que han aumentado un 13,1% hasta el 2008.

Si se relacionan los contratos temporales realizados en Osakidetza, con el total de contratos temporales firmados en toda la CAPV, vemos la magnitud de la temporalidad de Osakidetza. La evolución de los cuatro últimos años analizados, muestra, además, un incremento de este porcentaje, lo que es aún más preocupante.

Así, mientras que en el 2005 Osakidetza realizó el 15,8% de los contratos temporales de la CAPV, en el 2008 Osakidetza éste por-

centaje ha ascendido al 17,8%, mientras que la plantilla de Osakidetza es sólo el 3,6% del total de la población asalariada en la CAPV.

Número de Contratos Temporales y Realizados en Osakidetza. CAPV 2005-2008

Año	nº de contratos	Total temporales	%	%Personal de Osakidetza respecto al total de asalariados (%)
2005	118.501	749.441	15,8	2,8
2006	132.782	770.016	17,2	2,9
2007	140.255	792.321	17,7	2,8
2008	134.021	751.669	17,8	3,6

Fuente: Memorias de Osakidetza 2005, 2006, 2007, 2008, INEM, EPA

En relación con la temporalidad, ELA Osakidetza realizó un estudio de interés en el 2007, examinando 57.197 contratos temporales motivados por acumulación de tareas (el 80% del total de este tipo de contratos, ya que no se dio acceso al resto). Analizando la duración de dichos contratos, y calculándolos a jornada completa, se estimó el personal que cubren estos contratos.

La conclusión fue que en 2007 con este tipo de contratos se realizaron más de un millón de jornadas de trabajo a tiempo completo (1.027.208), lo que supone el trabajo de 2.814 personas a tiempo completo durante todo un año.

Si 57.197 contratos temporales por acumulación de tareas hacen que la plantilla de Osakidetza sea 2.814 personas menor de lo que en realidad debería ser, queda en evidencia que solo los 68.636 contratos temporales de este tipo que realizó en 2007, ocultan el trabajo estructural de miles de personas que oficialmente no forman parte de la plantilla en Osakidetza.

3. CONSIDERACIONES

Las cifras de actividad muestran un incesante aumento, mientras que la capacidad de Osakidetza de hacer frente a esta actividad, no aumenta.

Asimismo, podemos observar cómo la plantilla crece de forma desigual, de manera que categorías como las de Servicios Generales

o Auxiliares de Enfermería, representan cada vez menor porcentaje en el total de la plantilla.

No es menos preocupante la temporalidad existente en Osakidetza, no sólo por su volumen, sino también por su evolución.

V. CONCLUSIONES

Este informe recoge diferentes aspectos de la política sanitaria que llevan a cabo los gobiernos de Iruñea y Gasteiz. En el mismo, quedan en evidencia tanto la escasa dotación presupuestaria destinada a la misma (sería necesario invertir 1.784,4 millones de euros más en todo HEH para llegar a la media de la OCDE), como el aumento paulatino de la actividad. Todo ello repercute en unas cada vez peores condiciones de trabajo para el personal de Osasunbidea y Osakidetza.

Aspectos tan importantes como la temporalidad (del 44,4% en Navarra, y con un 17,8% de los contratos temporales de toda la CAPV celebrados en Osakidetza), las cargas de trabajo o la edad de la plantilla, no se cuidan en absoluto, siendo realidades que inciden directamente en la calidad del trabajo, y también en la calidad del servicio prestado.

Hemos podido observar tras el análisis de las diferentes cifras de actividad, cómo la carga que soporta el sector sanitario público es cada vez mayor (las consultas han aumentado un 6,6% en Navarra, y un 3% en la CAPV).

En definitiva, con la dotación económica menor entre todos los estados de la OCDE, y haciendo recaer toda la carga del sector sanitario público en una plantilla cada vez más envejecida, y con una inaceptable temporalidad, queda claro que los Gobiernos de Iruñea y Gasteiz no están apostando por mejorar la calidad del trabajo y del servicio prestado en Osasunbidea y Osakidetza.

VI. PROPUESTAS

En este apartado recogemos una serie de propuestas en aras de conseguir un sistema sanitario público de calidad.

1. AUMENTAR EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

a) Equipararnos a la media de la OCDE

Pese a la numerosa propaganda que se hace, lo cierto es que tanto Navarra como la CAPV se encuentran en último lugar en el gasto público destinado a salud, si comparamos con el resto de estados miembros de la OCDE.

El Gobierno de Navarra debería incrementar en dos puntos del PIB el gasto para equiparlo a la media de la OCDE, lo que significa invertir casi un 45% más de lo que ahora se gasta. En este sentido, el gasto que el Gobierno Vasco destina a salud (2,2 puntos inferior a la media de la OCDE), debería incrementarse en un 51%.

Esto es cuestión de voluntad política nada más, puesto que para aumentar el presupuesto, los gobiernos tienen muchos recursos, ya sea aumentando la presión fiscal, eliminando el fraude fiscal, y en definitiva desarrollando una fiscalidad que recaude más de quienes más tienen (rentas de capital, rentas altas, empresas...).

b) Un aumento de los recursos humanos y materiales

Los datos nos permiten constatar un aumento de la actividad, a la vez que ha disminuido la estancia media. Esta realidad se une a la enorme temporalidad existente, que refleja la deficiencia de la plantilla para hacer frente a todas las necesidades.

Es necesario incrementar las plantillas de Osasunbidea y Osakidetza hasta el punto en el que la propia estructura personal del sistema sanitario público sea capaz de hacer frente a todas las necesidades, lo cual dará mayor calidad al servicio ofrecido y al personal.

Este incremento de la plantilla mediante las OPE-s oportunas, debe ser adecuado a las necesidades existentes, sin discriminar categorías ni puestos de trabajo.

También es preciso un aumento de los recursos materiales. El hecho de que la estancia hospitalaria sea cada vez menor, a la vez que la rotación y ocupación aumentan, significa que los medios

materiales son cada vez más insuficientes. Sobre todo en una sociedad en aumento como es la de HEH.

Por tanto, ELA reclama un fuerte incremento de los recursos humanos y materiales en el sistema sanitario público, para que hagan posible una mejora en la calidad del servicio.

c) Ampliar las coberturas de la sanidad pública

En la actualidad existen necesidades de primer orden que no están cubiertas por la red pública sanitaria. La salud mental, los cuidados paliativos o las enfermedades psicosociales se contemplan de manera muy precaria y el cuidado de quienes se ven afectados recae básicamente en las familias. Del mismo modo, las enfermedades de la vejez sólo se contemplan como una gran bolsa de negocio para el sector privado, no hay geriatras en la red pública, por lo que estas necesidades básicas no se cubren desde la sanidad pública. La salud buco-dental y la oftalmología son otras necesidades no cubiertas. Ello hace que la población que pueda permitírselo se vea obligada a acudir a centros privados, quedando parte de la población sin poder hacerlo. En Navarra no se ofrece la posibilidad de abortar en ningún centro público.

ELA exige que todas estas coberturas estén incorporadas en la sanidad pública.

Cualquier sistema sanitario público, para que sea de calidad, debería ofrecer cobertura a todas las necesidades de primer orden, de forma que su ciudadanía tenga todas sus necesidades satisfechas con independencia de la renta disponible.

d) Que se garantice una atención médica en los núcleos rurales

Existen numerosos núcleos rurales en la geografía de HEH en los que no se da ninguna atención médica, y quienes residen en ellos deben trasladarse largas distancias para recibir hasta el más básico de los servicios.

El derecho a una sanidad pública no debería depender del lugar de residencia de las personas. Si bien no es posible implantar en todos los lugares todos los servicios sanitarios, también es cierto que no deberían de existir zonas rurales carentes de atención médica.

ELA reclama equiparar el gasto en sanidad pública a la media de los países de la OCDE, para crear un sistema sanitario público que dé una cobertura plena a todas las necesidades, y que cuente con

más medios, para lograr una mejor calidad del servicio. Es cuestión de voluntad política.

2. POTENCIACIÓN DE LA RED PÚBLICA

a) Fomento de la red pública sanitaria

El fomento de la red pública sanitaria prima únicamente el objetivo de dar un servicio igualitario para toda la sociedad y de calidad. Sin embargo, el sistema privado o concertado, parte de la idea de obtener el máximo beneficio económico posible, lo cual implica mercantilizar la sanidad. Esto es ya motivo suficiente para exigir que los recursos públicos se destinen en su totalidad a mejorar la red pública, para lograr un sistema integral de sanidad que sea de calidad.

La sanidad pública es un derecho, y no un servicio con el que se pueda hacer negocio. Por tanto, las políticas se deben basar en criterios de calidad y equidad, y no bajo criterios económicos.

Por ello, se deben revertir, y no privatizar más, las subcontrataciones que se han ido acometiendo.

b) Información y recorte de la concertación

La contención que se hace en el sector público, conlleva que éste no pueda asumir toda la carga sanitaria.

De esta forma, se crea la obligación de crear conciertos y contratos asistenciales con entidades sanitarias privadas para dar salida a todas aquellas personas que no se les puede dar cobertura en el sector público. Claro ejemplo de este proceder es lo que sucede con la reducción de las listas de espera. Se marcan unos plazos de garantía (son plazos antes de los cuales se debe dar la atención médica), y así se crea la obligación de derivar todo el exceso que no se pueda atender en esos plazos a centros privados. Con esto, se da la apariencia de que se han disminuido las listas de espera, y además se crea la obligación de derivar la asistencia médica a dichos centros privados.

Resulta evidente que en los últimos años se ha incrementado la concertación (en Navarra la derivación a centros privados ha aumentado un 35% en cirugía y un 193% en consultas y pruebas del 2007 al 2008). ELA demanda una drástica disminución de estas partidas.

La cantidad de dinero público que se destina a centros sanitarios, hospitales y clínicas privadas, en definitiva a empresas priva-

das, es una incógnita que a las administraciones no les interesa desvelar.

ELA reclama que se informe del coste de los contratos y conciertos con las empresas sanitarias privadas, así como del total de dinero público que se destina a la sanidad privada.

*c) Eliminación de la autoconcertación,
de las peonadas y de la ampliagenda*

La autoconcertación, las peonadas y la ampliagenda son prácticas que se llevan a cabo tanto en Osakidetza como en Osasunbidea por profesionales de la salud. Nacen de la imposibilidad de la Administración de dar un servicio a toda la demanda existente.

Estas prácticas consisten en que estas personas de la plantilla realicen horas extras o atiendan a pacientes de otros profesionales a cambio de recibir incentivos económicos.

Es cuanto menos perverso que la Administración aproveche esta vía para dar salida a aquello que no puede soportar estructuralmente, y todo a cambio del lucro de unos cuantos profesionales de la salud.

Evidentemente, la calidad del servicio de salud pasa por la calidad de las condiciones de trabajo de la plantilla. Y este tipo de prácticas lo que hace es empeorar la calidad del servicio, ya que se dan a costa del sobretrabajo de ciertas personas empleadas.

A mayor abundamiento, también es denunciabile que estas prácticas se den sin ningún tipo de control por parte de la Administración, lo que puede dar lugar a que se lleven a cabo en ocasiones no justificadas.

En Navarra, sólo en 2008 se han destinado 6,2 millones de euros a pagar las peonadas que han realizado 1.810 personas, llegando al extremo de que una sola persona de la plantilla haya cobrado más de 19.000 euros en 2008 por las mismas.

ELA considera que es necesario construir un sistema sanitario que dé cabida a toda la demanda de salud existente, sin que tenga necesidad de recurrir a este tipo de prácticas. Un sistema sanitario capaz de ofrecer respuesta de forma estructural a todas las necesidades.

3. MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Para lograr un desarrollo equitativo y sostenible de la sociedad, se deben ofrecer unos servicios públicos dignos y de calidad, con los

recursos personales y materiales que ello requiere. Si bien los recursos personales que se pongan a disposición no deben de recibir el tratamiento de mero instrumento o recurso, sino el tratamiento de personas que dedican su tiempo a trabajar por la sanidad, por lo que requieren de condiciones de trabajo acordes a su tarea.

Sólo se puede ofrecer una sanidad de calidad con un personal suficiente, que pueda atender a las crecientes necesidades y al aumento del servicio ofrecido de forma adecuada.

a) Aumento de la plantilla

En la actualidad existen numerosos puestos de trabajo, que en realidad son estructurales, pero se cubren mediante la contratación temporal. En Navarra la temporalidad es del 44,8%, y el 17,8% de los contratos temporales que se hacen en la CAPV corresponden a Osakidetza. Son cifras inaceptables.

Es necesario terminar con esta precariedad, integrando en la plantilla todos aquellos puestos de trabajo que son estructurales.

Además, también es necesario estudiar las cargas de trabajo existentes en cada puesto en concreto, y contratar más personal en aquellos lugares donde exista una carga de trabajo excesiva. Por otro lado, una mejora del servicio y la incorporación de nuevas coberturas debe llevar a la contratación de más personal.

ELA exige un aumento de la plantilla, tanto en Osasunbidea como en Osakidetza, mediante las oportunas OPE-s, para crear un sistema sanitario público con una plantilla suficiente, que pueda dar un servicio de calidad, y terminar con la precariedad que dan la desmesurada temporalidad y las excesivas cargas de trabajo.

b) Disminución de la temporalidad

La información manejada a la hora de realizar este informe no permite realizar un estudio para toda HEH, ya que la información en la CAPV es insuficiente.

No obstante, en el caso de Navarra se constata que la temporalidad se sitúa en el 45%, una tasa que es más del doble que la tasa general de temporalidad.

Es inaceptable que un Gobierno, que supuestamente debe dar ejemplo, sea responsable de que casi la mitad de la plantilla destinada a la sanidad tenga contrato temporal. El único ejemplo que da el Gobierno es el de la precariedad.

Es necesario eliminar la temporalidad para que el personal se sienta parte de un proyecto, en este caso, del sistema sanitario. Es inconcebible que la temporalidad alcance las cifras analizadas, más cuando hablamos del sector público, y en especial, cuando nos referimos a personas que trabajan por la salud de la población. Es necesario reducir la temporalidad y buscar el máximo de estabilidad para el personal eventual.

c) Mejora de las condiciones de trabajo

- Definición y valoración de las funciones de trabajo de cada categoría y puesto

ELA considera necesario que las funciones de cada categoría y puesto de trabajo se definan y valoren puesto por puesto, en función de la especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. De esta manera, se evitarían posibles confusiones de funciones que puedan derivar en mayores problemas.

Cuanto mejor definidas y valoradas están las funciones de cada puesto, más ordenado y organizado es el trabajo, por lo que el servicio ofrecido será mejor.

- Realizar estudios para examinar las cargas de trabajo de cada puesto

Es preciso analizar las cargas de trabajo de cada puesto en concreto. Existen puestos de trabajo con un nivel de tarea totalmente desorbitado.

- Planes de jubilación

Se precisa de planes de jubilaciones para la plantilla del sistema sanitario público. Las personas aquí empleadas deben poder jubilarse a los 60 años.

Es necesario rejuvenecer la plantilla y mejorar las condiciones de trabajo de la misma. La calidad del servicio ofrecido está relacionada con la calidad de las condiciones de trabajo.

4. DERECHO A RECIBIR TODO SERVICIO SANITARIO EN EUSKARA

Se debe garantizar que la sanidad pública respete el derecho de todas las personas a recibir cualquier servicio en euskera, y en cualquier lugar de HEH. Esta necesaria euskaldunización de

Osasunbidea y Osakidetza no puede recaer exclusivamente en la voluntad personal de cada una de las personas empleadas.

ELA reclama que se garantice el derecho de todas las personas a dirigirse y recibir el servicio sanitario público en euskera.

NOTAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

