

Octubre de 2005

6

Estudios

Sanidad Pública en Hego Euskal Herria

Gabinete de Estudios de ELA

ELA
EUSKAL SINDIKATUA

**MANU
ROBLES-ARANGIZ
INSTITUTUA**

Contenido

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| I. CONCLUSIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA: HEGO EUSKAL HERRIA | 4 |
| 1. Gasto público en sanidad: el menor de la UE-15 | |
| 2. Gasto público en sanidad: desigual evolución | |
| 3. Número de camas: también menos que en Europa | |
| 4. Condiciones de trabajo y sistema sanitario de calidad: dos objetivos irrenunciables | |
| II. CAPV: EL SECTOR SANITARIO EN CIFRAS | 12 |
| 1. El sector hospitalario en cifras | |
| 2. El sector extra-hospitalario en cifras | |
| III. NAFARROA: EL SECTOR SANITARIO EN CIFRAS | 19 |
| 1. El sector hospitalario en cifras | |
| 2. El sector extra-hospitalario en cifras | |
| IV. PROPUESTAS | 26 |
| 1. Aumentar el gasto público en sanidad | |
| 2. Potenciación de la red pública | |
| 3. Listas de espera | |
| 4. Una mayor atención a las mujeres y a las personas inmigrantes | |
| 5. Una adecuada política de personal | |

La sanidad es uno de los elementos que definen el desarrollo del estado del bienestar. La salud debe ser un derecho universal, que debe ser garantizado por las instituciones públicas. Sin embargo, la situación del sistema sanitario de HEH está lejos de ser óptima. Además, nos encontramos ante la aplicación de una serie de políticas presupuestarias y de gestión que hacen que la evolución se pueda calificar de negativa.

Sobre la sanidad se mueven importantes intereses económicos. Lo que debería ser un espacio al margen de los intereses mercantilistas se ha convertido en un ámbito de negocio, en el que actúan muchas empresas con el único afán de maximizar los beneficios. Y esto ocurre en muchas ocasiones con el beneplácito de la administración. No nos referimos sólo a las políticas de la OMC (que trata de convertir en mercancías los derechos sociales), del Banco Mundial o FMI (cuyas políticas de ajuste estructural exigen la reducción del gasto social) ni a la directiva de servicios que pretende aprobarse en la Unión Europea (UE) (que persigue aplicar los criterios del libre mercado a todos los sectores). También se constata que en el ámbito de HEH el Gobierno de Navarra y el Gobierno Vasco favorecen las privatizaciones, las subcontrataciones, y al no garantizar o mejorar la calidad de la asistencia actúan a favor de la sanidad privada.

En este documento pretendemos dar una perspectiva general sobre el sistema sanitario de Hego Euskal Herria (HEH), así como su evolución y comparación con la Unión Europea en las variables para las que disponemos de información. Asimismo, realizamos una serie de propuestas cuya aplicación consideramos urgente.

Con este estudio sobre la sanidad seguimos desarrollando nuestro ámbito de trabajo sobre aspectos esenciales del modelo de sociedad. Al igual que ocurre al ver los documentos sobre fiscalidad, vivienda o presupuestos, constatamos que las políticas de las instituciones de la CAPV y de Nafarroa son neoliberales, y que es necesario un cambio radical. Este cambio no se producirá sin presión social. Esperamos que este informe contribuirá a la tarea previa de análisis y explicación.

I. CONCLUSIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA: HEGO EUSKAL HERRIA

1. Gasto público en sanidad: el menor de la UE-15

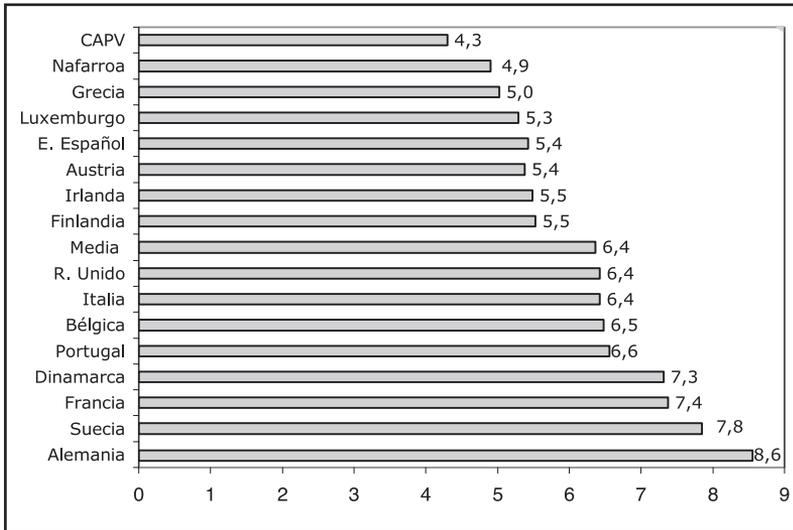
En Hego Euskal Herria se presume de ofrecer la mejor sanidad de nuestro entorno. Aunque la dotación presupuestaria destinada a un departamento no tiene porqué ser reflejo absoluto de la calidad del servicio que éste ofrece, sí que es un indicador del esfuerzo que se hace para su correcto funcionamiento.

Así, venimos escuchando que cada vez se vienen destinando más fondos públicos a sanidad. Y es verdad. ¡Estaría bueno que cuando aumentan los precios, y la economía crece, el dinero destinado a salud fuera cada vez menor! Esta trampa dialéctica es muy utilizada por nuestros gobernantes. Sin embargo, el indicador que se debe utilizar para ver la evolución y realizar comparaciones, es el porcentaje que una determinada partida supone en la riqueza que se genera. En este caso, el porcentaje que representa el gasto sanitario público en el Producto Interior Bruto (PIB).

Si analizamos esta variable, vemos que **el peso que el gasto público en sanidad** tiene en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en el ejercicio 2002 (último año para el que disponemos de información a nivel europeo), el 4,3% del PIB, **es el más bajo** de los estados miembros de **la UE-15** para los que disponemos de información. Nafarroa es el que segundo menor porcentaje destina a salud pública, con un 4,9% del PIB. El Estado español (5,4% del PIB) destina 1,1 puntos de PIB más que la CAPV y 0,5 puntos más que Nafarroa. Alemania es el que mayor esfuerzo (8,6% del PIB) realiza en gasto sanitario público, casi el doble del realizado por la CAPV o Nafarroa.

La media no ponderada de lo que se destinó a salud pública en la UE-15 en el ejercicio 2002 es del 6,4% del PIB, 2,1 puntos más que la CAPV y 1,5 más que Nafarroa. Si traducimos esto a términos monetarios, significa que si en 2002 en la CAPV se hubiera destinado el mismo porcentaje de PIB que la media no ponderada de la UE-15, se tendrían que haber gastado 978 millones de euros más de los que realmente se hicieron. En el caso de Nafarroa se destinaron 180 millones de euros menos de los que se deberían en relación a la media de la UE-15.

GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (% PIB). UE-15, 2002



Fuentes: OCDE, Eustat e Instituto de Estadística de Navarra

2. Gasto público en sanidad: desigual evolución

A pesar de que la propaganda oficial dice lo contrario, **en la CAPV se produce un descenso en el gasto público sanitario**. En concreto, el gasto público en sanidad supuso un 4,5% del PIB en 1995, 0,2 puntos más de lo que se recoge en el proyecto de presupuestos para 2005. Esta diferencia supone que si en 2005 se destinara el mismo porcentaje que se destinó a salud en 1995, se deberían de gastar 107 millones de euros más de los que se han presupuestado gastar en 2005.

En **Nafarroa se da un aumento de 0,2 puntos de PIB** en gasto público en sanidad, pasando del 4,5% del PIB en 1995 al 4,7% del PIB en 2005. Este aumento es muy pequeño, y **sigue situando el gasto público en sanidad muy lejos de la media de la UE-15**.

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD. HEH, 1995-2005

| | 1995 (% PIB) | 2005 (% PIB) | Evol. 95-05 | Dif. (Mill. €) |
|----------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| CAPV | 4,5 | 4,3 | -0,2 | - 107 |
| NAFARROA | 4,5 | 4,7 | +0,2 | +28,8 |

Fuentes: Gobierno Vasco y Osasunbidea.

3. Número de camas: también menos que en Europa

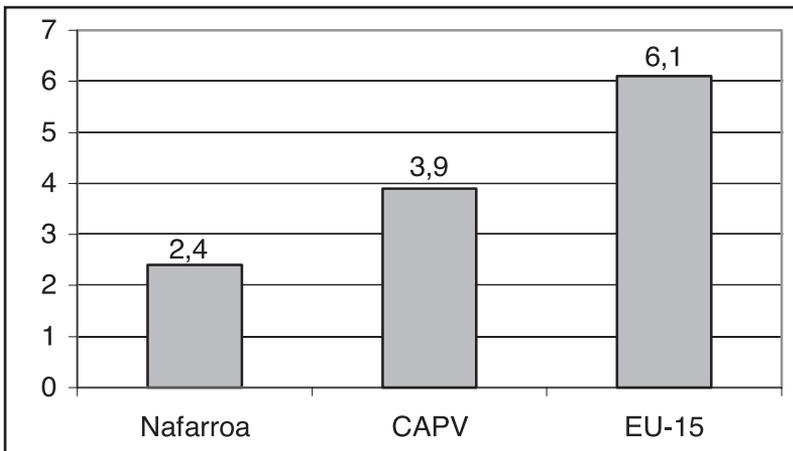
Si analizamos el número de camas del sector hospitalario en términos relativos respecto a la población, vemos que en Hego Euskal Herria, **además de estar por debajo de la media europea, se da un retroceso en esta variable.**

En concreto, mientras que en 1994 había en la CAPV 4,3 camas por cada 1.000 habitantes, en 2003 había tan sólo 3,9; es decir, el número de camas por cada 1.000 habitantes ha disminuido en 0,4.

En el caso de **Nafarroa**, si bien en 2000 había 2,6 camas por 1.000 habitantes, en 2003 había tan sólo 2,3; el número de camas por cada 1.000 habitantes ha disminuido por tanto en 0,3.

Si realizamos una comparación de esta variable a **nivel europeo**, observamos que el número de camas por 1.000 habitantes en 2002 era de 6,4 en la UE-25, y de 6,1 en la UE-15, (2,2 camas más que en la CAPV y 3,7 más que en Nafarroa).

NÚMERO DE CAMAS / 1.000 HABITANTES. HEH Y UE-15 (2002)



Fuentes: Gobierno Vasco, Osasunbidea y Eurostat

4. Condiciones de trabajo y sistema sanitario de calidad: dos objetivos irrenunciables

Las políticas presupuestarias, fruto de decisiones políticas, indican que **se han ido dedicando recursos insuficientes a la sanidad, en tanto que las necesidades de la sociedad han ido incrementándose**. Esta falta de dedicación presupuestaria a la sanidad tiene como consecuencia la aparición de importantes déficits que afectan de forma directa a la calidad del sistema, y provocan el deterioro de las condiciones de trabajo. Al mismo tiempo, estas decisiones políticas presupuestarias han venido acompañadas por un cambio en la filosofía de gestión sanitaria que avanza hacia una mercantilización de la sanidad. En concreto:

a) Déficit en la calidad del sistema sanitario

La aparición de algunos déficit en el sistema sanitario afectan de forma directa a la calidad del sistema:

- Escasez de camas hospitalarias.
- Déficit de centros de día.
- Necesidades no cubiertas (salud bucodental, salud mental y enfermedades de la vejez).
- Atención Primaria mal dotada de personal y medios.
- Masificación en la asistencia (en todos los niveles: Atención Primaria, Hospitalaria y urgencias).
- Falta de coordinación entre Atención Primaria y Especializada.
- Infrautilización de quirófanos y otras infraestructuras (rehabilitación...).
- Personal escasamente motivado
- Excesivas listas de espera para determinadas especialidades.
- Peligrosas conexiones con la asistencia privada.

b) Empeoramiento en las condiciones de trabajo de los y las trabajadoras.

La población trabajadora del sistema sanitario no es ajena a las consecuencias de la política presupuestaria neoliberal de las instituciones de HEH, ya que también tienen su reflejo en sus condiciones de trabajo, que han empeorado sensiblemente en este periodo:

- *Falta de personal.*

La **plantilla** actual **no** es la **suficiente** para absorber las cargas de trabajo que se plantean, con la calidad que se debiera.

- *Aumento de las cargas de trabajo.*

Los **ritmos** de trabajo, unidos a la **elevada edad** media de la plantilla (la mitad de la plantilla tiene 50 años o más) hacen que la **penosidad** en el trabajo se agudice y que no sea posible atender a la ciudadanía en el modo en que requiere. Por poner un ejemplo, en un centro de salud cada facultativo atiende un cupo medio de 2000 personas, cuando está comprobado que los cupos superiores a 1600 no garantizan la calidad. Además, y como ejemplo, en muchas ocasiones una persona sustituta cubre dos huecos, porque como regla general las ausencias no se cubren y el trabajo se reparte entre el resto del personal.

- *La gestión eficiente de los recursos. Abuso de la interinidad y de la precariedad.*

También el control del gasto de personal se convierte en un fin en sí mismo, y esto repercute tanto en la **escasez del personal** como en que los **incrementos salariales** de los últimos años hayan estado **por debajo del IPC**.

Esta política también hace que la precariedad en la contratación sea muy alta. Si analizamos la información disponible para la **CAPV**, el total de la plantilla en 2003 ascendía a 22.404 personas, cuando el número medio de personas empleadas era de 26.846; esas 4.442 personas de diferencia que no forman parte de la plantilla debieran ser de estructura porque son habitualmente trabajadoras de Osakidetza.

Si analizamos el *tiempo contratado acumulado* por persona, vemos que éste es muy bajo, ya que por ejemplo, tan sólo el 22,12% de las personas temporales estuvo trabajando durante todo el año, o el 50% de las mismas lo estuvo haciendo durante menos de 6 meses:

DURACIÓN CONTRATOS TEMPORALES. OSAKIDETZA, 2003.

| DURACIÓN | Nº PERSONAS | % PERSONAS |
|--------------|-------------|------------|
| < 1 MES | 1.602 | 13,22 |
| 1 < 3 MESES | 1.890 | 15,66 |
| 3 > 6 MESES | 2.537 | 20,94 |
| 6 < 12 MESES | 3.400 | 28,06 |
| 1 AÑO | 2.080 | 22,12 |

Fuente: Memoria Osakidetza 2003

A lo largo de 2003 hubo 12.117 personas *contratadas de forma temporal* en Osakidetza, y se realizaron 106.986 contratos laborales, lo que supone que a cada persona temporal se le realizaron una media de 9 contratos durante el año.

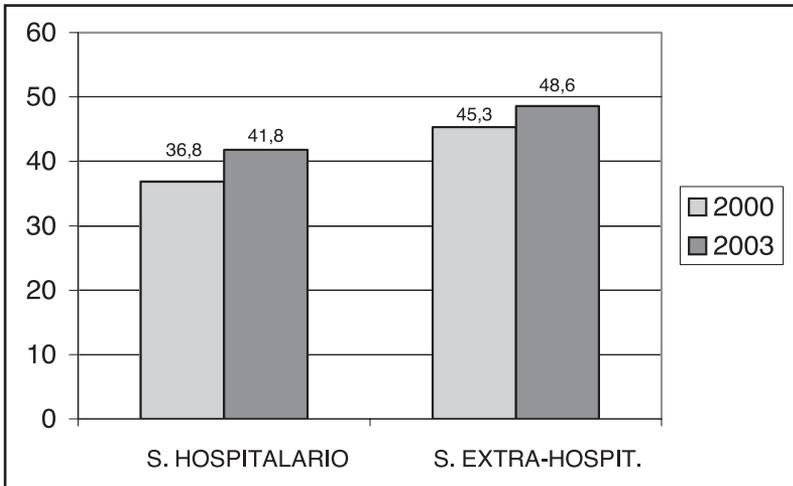
Si comparamos el *número de contratos* registrados en Osakidetza en 2003 con el total de contratos eventuales que se realizaron ese mismo año en la CAPV (688.101), los de Osakidetza suponen el 15,5%, cuando la plantilla de Osakidetza supone un 3,7% de la población asalariada total.

En relación al uso de la temporalidad en la sanidad **navarra**, se puede constatar el aumento de la misma, tanto en el sector hospitalario, como en el extra-hospitalario.

En concreto, el 41,8% del *personal hospitalario* trabajaba en condiciones temporales en 2003, 5 puntos más que en 2000, año en el que esta cifra era del 36,8%.

Por su parte, la temporalidad ha aumentado en 3,3 puntos en el *sector extra-hospitalario*, pasando del 45,3% en 2000 al 48,6% en 2003.

TEMPORALIDAD EN LA SANIDAD. NAFARROA, 2000-2003



Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

- *Cansancio y frustración de los y las trabajadoras.*

Todo esto provoca cansancio y frustración de los y las trabajadoras que muchas veces se ven implicados en tomar decisiones de gestión que inciden directamente en la calidad del servicio, e insatisfacción en general de todos los estamentos del sistema sanitario que se ven obligados a dar una asistencia acelerada y muchas veces superficial en aras a la eficiencia.

c) Pasos hacia la mercantilización de la sanidad

Las decisiones presupuestarias han ido acompañadas de una serie de decisiones políticas que provocan un cambio en la filosofía de la gestión sanitaria. Este cambio se visualiza en:

- El término "cliente" desplaza al "paciente". en este sentido se busca la satisfacción plena del "cliente" ofreciéndole un servicio de calidad que se mide, casi exclusivamente en indicadores de marketing. El "paciente-usuario" por puro desconocimiento se limita a valorar la sanidad en base al trato recibido por los profesionales y a la calidad del servicio "hotelero" (cocina, limpieza...).

-
- La implantación de sistemas de trabajo que profundizan en la denominada gestión eficiente de los recursos. Este es el caso del "contrato-programa", por el que cada centro de salud u hospitalario se convierte en una unidad de gestión que compete con el resto, con el objetivo es la obtención del mejor resultado económico. Esto obliga a los y las trabajadoras a participar en decisiones que afectan a la gestión de cuentas y de personal y a la calidad del servicio prestado, como el no sustituir ausencias y repartirse el trabajo.
 - Estos dos aspectos forman parte de la estrategia de marketing, que busca, además, la identificación plena de los y las trabajadoras del sistema sanitario público con estos valores, sin ofrecerles ningún tipo de reconocimiento.

En conclusión, las políticas presupuestarias inciden directamente en el sistema sanitario que tenemos, con los déficit que hemos mencionado, lo que se refleja en unas **condiciones laborales que van empeorando**.

II. CAPV: EL SECTOR SANITARIO EN CIFRAS

Para analizar la situación y evolución del sector sanitario de la CAPV utilizaremos la información del Eustat, además de las Memorias del servicio vasco de salud. Con el objeto de ordenar el análisis, distinguiremos dos apartados:

- El sector hospitalario
- El sector extrahospitalario

1. El sector hospitalario en cifras

En este apartado vamos a analizar las cifras que presenta el sector hospitalario para los ejercicios 1994 y 2003 (información más reciente que tenemos). Con el objeto de ordenarlo, hemos dividido la información en distintos apartados:

a) Recursos económicos del sector hospitalario. 1994-2003

Si analizamos los recursos económicos destinados al sector hospitalario medidos en términos de PIB, vemos que de 1994 a 2003 se produce un descenso generalizado:

- El *gasto total* hospitalario como porcentaje de PIB pasa del 3,1% en 1994 al 2,8% en 2003, y experimenta por tanto, un descenso de 0,3 puntos de PIB. Si traducimos esto a términos monetarios, supone que si en 2003 se hubiera destinado el mismo porcentaje que en 1994 a gasto hospitalario, se tendrían que haber gastado 141,8 millones de euros más de los que realmente se gastaron.
 - Los *gastos de personal* del sector hospitalario supusieron un 2,1% del PIB en 1994, 0,4 puntos de PIB más que en 2003 (1,7% del PIB). Esto quiere decir que si el porcentaje del gasto de personal hospitalario fuera el mismo que en 1994, en 2003 también en gastos de personal se tenían que haber gastado 141,8 millones de euros más de los que se gastaron. La disminución proporcional al PIB del gasto público hospitalario en sanidad entre 1994 y 2003 se debe sobre todo al descenso del gasto en personal.
 - El porcentaje que suponía en el PIB el *gasto en inversión* era del 0,16% en 1994, 0,03 puntos de PIB más que en 2003 (0,13% del PIB). Luego si en 2003 se hubiera destinado el mismo porcentaje de PIB que en 1994 a inversión hospitalaria, se tenían que haber gastado 15,3 millones de euros más de los que se gastaron.
-

Por tanto, y en cuanto a **recursos económicos** en el **sector hospitalario** se refiere, se ha reducido tanto el gasto total, como el gasto en personal, como el gasto en inversión, si bien **el mayor descenso se da en el gasto en personal.**

**RECURSOS ECONÓMICOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO.
CAPV, 1994-2003**

| | 1994 | 2003 |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| GASTO TOTAL (MILLONES €) | 791,55 | 1.318,1 |
| GASTO TOTAL / PIB (%) | 3,1 | 2,8 |
| GASTOS PERSONAL (MILLONES €) | 526,56 | 807,1 |
| GASTOS PERSONAL / PIB (%) | 2,1 | 1,7 |
| INVERSIÓN (MILLONES €) | 41,15 | 60,5 |
| INVERSIÓN / PIB (%) | 0,16 | 0,13 |

Fuente: Eustat

**b) Recursos materiales y personales del sector hospitalario.
1994-2003**

Tal y como cabe esperar del apartado anterior, se ha experimentado un descenso generalizado en los recursos materiales del sector hospitalario:

- El *número de hospitales* ha pasado de los 51 en 1994 a los 44 en 2003, descendiendo así en 7 en el periodo analizado.
- El *número de camas* ha bajado en 989, pasando de los 8.974 de 1994 a los 7.985 de 2003.

Por su parte, **el personal del sector hospitalario ha crecido** en 930 personas, pasando de los 18.957 en 1994 a los 19.887 en 2003. Este aumento es muy inferior al que ha experimentado la atención ofrecida en los hospitales

**RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS
EN EL SECTOR HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003**

| | 1994 | 2003 |
|-----------------------------------|--------|--------|
| NÚMERO HOSPITALES | 51 | 44 |
| NÚMERO CAMAS | 8.974 | 7.985 |
| TOTAL TRABAJADORES Y TRABAJADORAS | 18.957 | 19.887 |

Fuente: Eustat

c) **Cantidad del servicio prestado en el sector hospitalario.
1994-2003**

La carga de trabajo ha experimentado un fuerte incremento:

- El número de ingresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes ha pasado de los 113,3 anuales en 1994 a los 135,3 en 2003, y ha aumentado por tanto, en 22.
- El número de urgencias atendidas por cada 1.000 habitantes se ha elevado en 156,8, pasando de los 350,6 anuales de 1994 a los 507,4 de 2003.
- El número de intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes ha pasando de los 79,2 anuales en 1994 a los 104,1 en 2003, creciendo por tanto, en 24,9.
- El número de consultas externas por cada 1.000 habitantes ha pasado de los 782 anuales en 1994 a los 1.032 en 2003, experimentando un incremento de 250,2.

**CANTIDAD SERVICIO PRESTADO EN EL SECTOR
HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003**

| | 1994 | 2003 |
|---------------------------------------|-------|-------|
| INGRESOS /1.000 HABITANTES | 113,3 | 135,3 |
| URGENCIAS /1.000 HABITANTES | 350,6 | 507,4 |
| INTERV. QUIRÚRGICAS /1.000 HABITANTES | 79,2 | 104,1 |
| CONSULTAS EXTERNAS /1.000 HABITANTES | 782,0 | 1.032 |

Fuente: Eustat

d) **Otros ratios del servicio prestado en el sector hospitalario.
1994-2003**

Como consecuencia del escaso incremento de la plantilla, del elevado aumento del servicio prestado y del descenso de los recursos económicos en el sector hospitalario, las cifras de **ocupación y estancia** en el sector hospitalario muestran un **empeoramiento**:

- El índice de ocupación ha pasado del 77,7% de media anual en 1994 al 82,3 en 2003; la ocupación hospitalaria ha aumentado por tanto 4,6 puntos.
- El índice de rotación ha pasado del 26,2% anual en 1994 al 34,7% en 2003 (aumento de 8,5 puntos).

- La *estancia media* hospitalaria ha descendido de los 10,8 días anuales en 1994 a los 8,7 en 2003 (descenso de 2,1 días anuales).
- La *estancia media en cirugía* ha pasado de los 6,8 días anuales en 1994 a los 4,3 en 2003 (2,5 días de descenso).

RATIOS DE OCUPACIÓN Y ESTANCIA EN EL SECTOR HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003

| | 1994 | 2003 |
|---------------------------|------|------|
| INDICE DE OCUPACIÓN (%) | 77,7 | 82,3 |
| INDICE DE ROTACIÓN (%) | 26,2 | 34,7 |
| ESTANCIA MEDIA | 10,8 | 8,7 |
| ESTANCIA MEDIA EN CIRUGÍA | 6,8 | 4,3 |

Fuente: Eustat

En relación a la **espera**:

- La *espera media ponderada en cirugía* era de 53,8 días en 2003, similar a la de 2001 y 1,4 días inferior a la de 2002.
- Por su parte, el *número de personas en espera* ascendía a las 13.759 en 2003, 183 más que en 2002 (13.576 personas en espera) y 221 más que en 2001 (13.538), lo que constata que el número de personas en espera aumenta.

RATIOS DE ESPERA EN EL SECTOR HOSPITALARIO. CAPV, 2001-2003

| | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|
| ESPERA MEDIA PONDERADA EN CIRUGÍA | 53,7 | 55,2 | 53,8 |
| Nº DE PERSONAS EN ESPERA | 13.538 | 13.576 | 13.759 |

Fuente: Memoria del Servicio vasco de salud. 2003

e) Resumen del sector hospitalario. 1994-2003

- El porcentaje de recursos económicos destinados al sector hospitalario sobre el PIB ha disminuido, centrándose este descenso en el gasto en personal.
- El número de hospitales y camas ha descendido.
- La plantilla ha crecido muy ligeramente.
- La cantidad del servicio prestado ha aumentado.

- La ocupación hospitalaria ha aumentado y la estancia hospitalaria a descendido.
- El número de personas en espera ha aumentado (desde 2001).

2. El sector extra-hospitalario en cifras

A pesar de disponer de menos información que para el sector hospitalario, en este apartado analizaremos la información que tenemos para el sector extra-hospitalario en la CAPV, también en este caso para los ejercicios 1994 y 2003.

a) Recursos económicos extra-hospitalarios. 1994-2003

Al igual que ocurría con el sector hospitalario, también se ha dado un descenso en los recursos económicos destinados al sector extra-hospitalario. Así:

- El *gasto total* extra-hospitalario ha pasado de representar un 0,9% del PIB en 1994 al 0,7% del PIB en 2003, lo que significa que si en 2003 se hubiera destinado el mismo porcentaje que en 1994 a gasto extra-hospitalario, se tenían que haber gastado 89 millones de euros más de los que se gastaron.
- El *gasto de personal* extra-hospitalario ha pasado de un 0,8% del PIB en 1994 a un 0,6% en 2003; de destinar el mismo porcentaje que en 1994, en 2003 se tenían que haber gastado 84,9 millones de euros más de los que se gastaron. También en el sector extra-hospitalario el descenso del gasto total se centra en el gasto en personal.

RECURSOS ECONÓMICOS EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003

| | 1994 | 2003 |
|-----------------------------|--------|--------|
| GASTO TOTAL (MILLONES €) | 230,20 | 335,14 |
| GASTO TOTAL / PIB (%) | 0,9 | 0,7 |
| GASTO PERSONAL (MILLONES €) | 197,66 | 279,32 |
| GASTO PERSONAL / PIB (%) | 0,8 | 0,6 |

Fuente: Eustat

b) Recursos materiales y personales en el sector extra-hospitalario. 1994-2003

Los **recursos materiales** en el sector extra-hospitalario también han **descendido**. Así:

- El *número de centros* extra-hospitalarios ha pasado de los 452 en 1994 a los 440 en 2003, experimentando por tanto, un descenso de 12 centros.

Por su parte, el **personal** extra-hospitalario ha pasado de los 6.671 en 1994 a los 6.966 en 2003, experimentando un **incremento muy ligero** (295).

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003

| | 1994 | 2003 |
|-----------------------------------|-------|-------|
| TOTAL CENTROS | 452 | 440 |
| TOTAL TRABAJADORES Y TRABAJADORAS | 6.671 | 6.966 |

Fuente: Eustat

c) Cantidad del servicio prestado en el sector extra-hospitalario. 1994-2003

También en el sector extra-hospitalario se da un **aumento importante de la carga de trabajo**. Así:

- El *número de consultas* por habitante ha pasado de 5,6 anuales en 1994 a 6,1 en 2003, aumentando en 0,5.
- El *número de consultas en medicina general* por habitante ha pasado de los 3,8 anuales en 1994 a los 4,2 en 2003, incrementando en 0,4.
- El *número de consultas de pediatría* por cada niño /niña ha pasado de los 4,8 anuales en 1994 a los 6,7 en 2003, creciendo en 1,9.

CANTIDAD DEL SERVICIO PRESTADO EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. CAPV, 1994-2003

| CONSULTAS/HABITANTE | 1994 | 2003 |
|-----------------------|------|------|
| TOTAL MÉDICOS | 5,6 | 6,1 |
| MEDICINA GENERAL | 3,8 | 4,2 |
| PEDIATRÍA (0<14 AÑOS) | 4,8 | 6,7 |

Fuente: Eustat

e) Resumen del sector extra-hospitalario. 1994-2003

- El porcentaje que los recursos económicos del sector extra-hospitalario representan en el PIB ha descendido, centrándose esta disminución en el gasto en personal.
 - El número de centros extra-hospitalarios ha disminuido.
 - El número personas empleadas ha aumentado muy ligeramente.
 - La cantidad del servicio prestado se ha elevado.
-

III. NAFARROA: EL SECTOR SANITARIO EN CIFRAS

Para analizar la información sobre el sector sanitario de Nafarroa utilizaremos las memorias de Osasunbidea, siendo el del 2000 el informe más antiguo del que hemos podido disponer.

Con el objeto de ordenar este análisis distinguiremos dos apartados:

- El sector hospitalario.
- El sector extrahospitalario.

1. El sector hospitalario en cifras

En este apartado vamos a analizar las cifras que presenta el sector hospitalario para los ejercicios 2000 y 2003.

Con el objeto de ordenar el análisis del sector hospitalario, hemos dividido la información en distintos apartados:

a) Recursos económicos del sector hospitalario. 2000-2003

Si analizamos la evolución de los **recursos económicos** destinados al sector hospitalario entre 2000 y 2003, vemos que:

- El porcentaje del *gasto total* hospitalario en el PIB ha sido del 2,65% en 2003, 0,1 puntos de PIB más que en 2000, año en el que este porcentaje era del 2,56%.
- El porcentaje que suponía en el PIB el *gasto en inversión* era del 0,09% en 2003, 0,05 puntos menos que en 2000 (0,14% del PIB). Si en 2003 se hubiera destinado el mismo porcentaje de PIB que en 2000 a inversión hospitalaria, se tenían que haber gastado 7 millones de euros más de los que se gastaron en este concepto.

Por tanto, se ha producido un ligero **aumento** en el **gasto total hospitalario**, y un descenso en el gasto en inversión.

RECURSOS ECONÓMICOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| | 2000 | 2003 |
|--------------------------|-------|-------|
| GASTO TOTAL (MILLONES €) | 271,6 | 336,4 |
| GASTO TOTAL / PIB (%) | 2,56 | 2,65 |
| INVERSIÓN (MILLONES €) | 15,1 | 11,1 |
| INVERSIÓN / PIB (%) | 0,14 | 0,09 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

b) Recursos materiales y personales del sector hospitalario. 2000-2003

Se ha dado **un descenso en los recursos materiales del sector hospitalario**. En concreto:

- El **número de camas** ha bajado en 63, pasando de los 1.406 de 2000 a los 1.343 de 2003.

Por su parte, **la plantilla** del sector hospitalario ha crecido, pasando de 5.632 en 2000 a 6.177 en 2003.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS EN EL SECTOR HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| | 2000 | 2003 |
|-----------------------------------|-------|-------|
| CAMAS | 1.406 | 1.343 |
| TOTAL TRABAJADORES Y TRABAJADORAS | 5.632 | 6.177 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

c) Cantidad del servicio prestado por el sector hospitalario. 2000-2003

En general, **la carga de trabajo ha aumentado**:

- El **número de urgencias por cada 1.000 habitantes** se ha elevado en 11,8, pasando de los 426,4 anuales de 2000 a los 438,2 de 2003.
- El **número de consultas por cada 1.000 habitantes** ha pasado de los 1.506,7 anuales en 2000 a los 1.520,4 en 2003, experimentando un incremento de 13,7.
- El **número de intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes** ha descendido (ha pasado de las 74,3 anuales en 2000 a las 72 en 2003).
- El **número de ingresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes** ha pasado de los 97,2 anuales en 2000 a los 94,1 en 2003, descendiendo en 3,1.

**CANTIDAD DEL SERVICIO PRESTADO EN EL SECTOR
HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003**

| | 2000 | 2003 |
|--------------------------------------|---------|---------|
| URGENCIAS/1000 HABITANTES | 426,4 | 438,2 |
| CONSULTAS /1000 HABITANTES | 1.506,7 | 1.520,4 |
| INTERV. QUIRÚRGICAS/1.000 HABITANTES | 74,3 | 72 |
| INGRESOS/1000 HABITANTES | 97,2 | 94,1 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003

**d) Otros ratios del servicio prestado por el sector
hospitalario. 2000-2003**

Como consecuencia del descenso del número de camas, del escaso incremento de la plantilla y del aumento del servicio prestado, las cifras de **ocupación y estancia** del servicio prestado en el sector hospitalario muestran un **empeoramiento**:

- El *índice de ocupación* ha pasado del 77,6% de media anual en 2000 al 79,2% en 2003; la ocupación hospitalaria ha aumentado por tanto 1,6 puntos.
- El *índice de rotación* ha pasado del 38,6% anual en 2000 al 41,5% en 2003 (aumento de 2,9 puntos).
- La *estancia media* hospitalaria ha descendido de los 7,3 días anuales en 2000 a los 7 en 2003 (descenso medio de 0,3 días anuales).

**RATIOS DE OCUPACIÓN Y ESTANCIA EN EL SECTOR
HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003**

| | 2000 | 2003 |
|-------------------------|------|------|
| INDICE DE OCUPACIÓN (%) | 77,6 | 79,2 |
| INDICE DE ROTACIÓN (%) | 38,6 | 41,5 |
| ESTANCIA MEDIA | 7,3 | 7 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003

Si analizamos los ratios de espera, se puede observar un **aumento en las esperas**, tanto en intervenciones quirúrgicas, como en primera consulta. Así:

- La *espera media ponderada en cirugía* pasa de los 54 días en 2000 a los 71 días en 2003 (aumento medio de 17 días).

- Por su parte, el número de personas en espera para una intervención quirúrgica también aumenta en 2.523, pasando de las 4.597 en 2000, a las 7.120 en 2003.
- La espera media ponderada en primeras consultas era de 28 días en 2003, 5 más que en 2000 (23 días de espera)
- El número de personas en espera para primeras consultas fue de 28.939 en 2003, 12.470 más que en 2000 (16.469).

**RATIOS DE ESPERA EN EL SECTOR HOSPITALARIO.
NAFARROA, 2000-2003**

| | 2000 | 2003 |
|-------------------------|--------|--------|
| QUIRÚRGICA | | |
| ESPERA MEDIA PONDERADA | 54 | 71 |
| Nº PERSONAS ESPERA | 4.597 | 7.120 |
| PRIMERA CONSULTA | | |
| ESPERA MEDIA PONDERADA | 23 | 28 |
| Nº PERSONAS ESPERA | 16.469 | 28.939 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

e) Resumen del sector hospitalario. 2000-2003

Aunque el gasto hospitalario en porcentaje de PIB ha aumentado ligeramente:

- El porcentaje del gasto en inversión sobre el PIB ha disminuido.
- El número de camas ha descendido.
- La plantilla ha crecido muy ligeramente, y tal y como hemos visto en el apartado de conclusiones para HEH, la temporalidad lo ha hecho de forma importante.
- La ocupación hospitalaria ha aumentado y la estancia hospitalaria se ha reducido.
- La lista de espera ha experimentado un aumento, tanto en relación a los días en espera, como al número de personas en la misma.

2. El sector extra-hospitalario en cifras

En este apartado analizaremos la información que tenemos para el sector extra-hospitalario, siendo la más reciente la del ejercicio 2003.

a) Recursos económicos extra-hospitalarios. 2000-2003

Al igual que ocurría con el sector hospitalario, también se ha dado un **ligero aumento en los recursos económicos** destinados al sector extra-hospitalario, si **bien ha descendido en gasto en inversión**. Así:

- El *gasto total* extra-hospitalario ha pasado de representar un 1,7% del PIB en 2000 al 1,8% del PIB en 2003.
- Por su parte, el *gasto en inversión* también ha descendido en el sector extra-hospitalario, que ha pasado de un 0,06% del PIB en 2000 a un 0,02% en 2003.

RECURSOS ECONÓMICOS EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| | 2000 | 2003 |
|------------------------------|-------------|-------------|
| GASTO TOTAL (MILLONES €) | 181,8 | 232,3 |
| GASTO TOTAL / PIB (%) | 1,7 | 1,8 |
| INVERSIÓN (MILLONES €) | 6,4 | 3,1 |
| INVERSIÓN / PIB (%) | 0,06 | 0,02 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

b) Recursos materiales y personales en el sector extra-hospitalario. 2000-2003

En relación a los **recursos materiales y personales**:

- El *número de centros* de atención primaria ha sido de 54 en 2003, 1 más que en 2000 (53).
- El *personal* extra-hospitalario ha pasado de los 2.237 en 2000 a los 1.662 en 2003, descendiendo en 575.

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| | 2000 | 2003 |
|-----------------------------------|-------|-------|
| TOTAL CENTROS | 53 | 54 |
| TOTAL TRABAJADORES Y TRABAJADORAS | 2.237 | 1.662 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

c) **Cantidad del servicio prestado en el sector extra-hospitalario. 2000-2003**

En el sector extra-hospitalario se da un **aumento de la carga de trabajo tanto en medicina general, como en pediatría**. Así:

- El *número de consultas* por habitante en *medicina general* ha pasado de los 4,9 anuales en 2000 a los 5,3 en 2003, aumentando en 0,4.
- El *número de consultas en pediatría* por niño / niña ha pasado de los 6 anuales en 2000 a los 6,4 en 2003, aumentando así en 0,4.

SERVICIO PRESTADO EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| CONSULTAS / HABITANTE | 2000 | 2003 |
|-----------------------|------|------|
| MEDICINA GENERAL | 4,9 | 5,3 |
| PEDIATRIA (0<14 AÑOS) | 6 | 6,4 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003

La información sobre **listas de espera** también muestra un **aumento** en el sector extra-hospitalario. En concreto:

- La *espera media ponderada* en primeras consultas ha aumentado en 5 días, pasando de los 23 días de 2000 a los 28 de 2003.
- El *número de personas en espera* para primera consulta ha aumentado en 12.470, pasando de las 16.469 de 2000 a las 28.939 de 2003.

SERVICIO PRESTADO Y ESPERA EN EL SECTOR EXTRA-HOSPITALARIO. NAFARROA, 2000-2003

| | 2000 | 2003 |
|-------------------------------------|--------|--------|
| ESPERA MEDIA PONDE. PRIM. CONSULTAS | 23 | 28 |
| PERSONAS EN ESPERA PRIMERA CONSULTA | 16.469 | 28.939 |

Fuente: Memoria de Osasunbidea. 2003, 2000

c) Resumen del sector extra-hospitalario. 2000-2003

A pesar de que el gasto extra-hospitalario ha aumentado ligeramente:

- El porcentaje del PIB destinado a inversión extra-hospitalaria ha descendido
- El número personas empleadas ha descendido, y tal y como se ve en el apartado de conclusiones para HEH, la temporalidad ha aumentado de forma importante
- El número de consultas ha aumentado, tanto en medicina general, como en pediatría.
- La espera ha aumentado, tanto en días como en personas.

IV. PROPUESTAS

A lo largo de este informe se han ido reflejando distintas carencias del sistema sanitario público de HEH. Algunos de estos déficits los ha puesto de manifiesto la propia sanidad pública, como consecuencia de la escasa dotación presupuestaria destinada a la misma. Otros se manifiestan al comparar variables con la Unión Europea. La falta de información, tanto en un caso, como en el otro, nos hace pensar que haya más insuficiencias que no hayamos podido analizar en este documento.

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

1. Aumentar el gasto público en sanidad

a) Equipararnos a la media de la Unión Europea

El porcentaje que el gasto público en sanidad representa en el PIB debería incrementarse hasta alcanzar la cifra media de la UE-15 (6,4% del PIB). Esto supone que **el gasto público en sanidad** de la CAPV (4,3% del PIB) **debería aumentar** 2,1 puntos de PIB, y el de Nafarroa (4,9% del PIB) debería de hacerlo en 1,5 puntos.

La respuesta de las instituciones a este tipo de propuestas suele ser que no hay dinero, o que para aumentar un gasto hay que disminuir otro. Tenemos que tener claro que esto no es así. El informe sobre la fiscalidad de HEH que elaboramos año a año viene señalando que **la presión fiscal está 9 puntos por debajo de la de la UE-15**. Es decir, que en Hego Euskal Herria se recaudan cada año 5.470 millones de euros menos en comparación con la UE-15. Sin la existencia del fraude fiscal de las rentas empresariales y con mayores impuestos directos al capital y a las rentas altas, nuestras instituciones contarían con unos ingresos públicos considerablemente superiores, lo que haría posible, entre otras cosas, aumentar la dotación a la sanidad pública, y responder a las distintas lagunas que analizamos en este apartado.

b) Un aumento de los recursos materiales

Los datos nos permiten constatar un descenso de la inversión de recursos materiales tanto en hospitales como en centros de salud. En concreto, la información disponible nos permite constatar que es necesario un aumento del número de camas. Así, **el número de camas** por 1.000 habitantes en la CAPV (3,9) **debería ser** 1,6 veces

mayor, y el de Nafarroa (2,4) debería serlo 2,5 veces mayor para alcanzar la media de la UE-15 (6,1).

Sin embargo, el informe constata que lejos de acercarnos a las cifras europeas, el número de camas en HEH va disminuyendo. Esto lleva a que un buen número de estancias hospitalarias se deban atender en los hogares. La falta de medios y de coordinación entre la asistencia primaria y hospitalaria hacen que estos procesos no sean siempre satisfactorios para el paciente. Es imprescindible dotar a la Atención Primaria de más medios humanos y materiales que les permita atender en los domicilios en condiciones y contribuir a la no saturación de los hospitales. Y en su caso, para la correcta cobertura de esta atención en los domicilios desde la responsabilidad de los centros de salud, es preciso se dote a éstos de más personal y de más medios.

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 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, por lo que 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 permitirlo se vea obligada a acudir a centros privados, quedando parte de la población sin poder hacerlo.

Cualquier sistema sanitario público de calidad que se precie debería de tener todas las necesidades de primer orden cubiertas, de forma que su ciudadanía tenga todas sus necesidades satisfechas con independencia de la renta disponible.

2. Potenciación de la red pública

Es necesario potenciar la red pública sanitaria, ya que ésta es la única que prima el **objetivo de ofrecer un servicio de calidad e igualitario**. El objetivo del sistema privado, así como el del concertado, es el obtener el máximo beneficio económico posible, haciendo un uso mercantilizado de la sanidad. Es por ello que **los recursos públicos deben estar destinados a la red pública**.

En este sentido, es necesario replantearse el cambio de filosofía de la gestión sanitaria. La sanidad es un derecho, no es un servicio

mercantilizable. Las políticas sanitarias deben basarse en criterios de calidad y equidad.

Se deben revertir, junto con el compromiso de no privatizar más, las subcontrataciones que se han ido acometiendo por círculos concéntricos:

- Se han visto afectados servicios como cafetería, comedor, cocina, limpieza, seguridad o mantenimiento entre otros.
- Se han ido privatizando la atención domiciliaria de las urgencias, con personal médico subcontratado, la atención telefónica de las urgencias, las ambulancias (vehículos, conductores y personal sanitario), archivos, el transporte de muestras, la esterilización o la investigación.
- Se realiza una política de fomento de la concertación de servicios diversos (intervenciones quirúrgicas, pruebas diversas, atención de larga estancia,...).
- Se ha aumentado el campo de actuación de las mutuas.

El uso de medicamentos genéricos no ha alcanzado aún cifras reveladoras, y es necesario potenciar el uso de éstos.

Por otro lado, la opción por un sistema sanitario público debe ser inequívoca también respecto al personal. El sistema sanitario público debe implicar a todos y todas sus profesionales dándoles la posibilidad de promoción, de participar en decisiones, de investigación... de modo que estos profesionales formen parte en exclusiva de la sanidad pública.

3. Listas de espera

La situación de las listas de esperas debe mejorar, reduciéndose a la mitad en un plazo máximo de 2 años, tanto en relación a la espera media, como al del número de personas en espera. La situación actual es intolerable, sobre todo en algunas especialidades.

En este sentido hay que destacar que la autoconcertación no ha contribuido a la reducción de las listas de espera. Sin duda el mejor aprovechamiento de las instalaciones y de un personal reconocido y valorado, también económicamente, además de un aumento de la plantilla, podrían contribuir a una considerable reducción tanto de las horas extras como de las listas de espera.

4. Una mayor atención a las mujeres y a las personas inmigrantes

La sanidad pública debe prestar más atención a la situación de las mujeres y de las personas inmigrantes.

El número de personas inmigrantes extracomunitarias (es decir, las que proceden de fuera de la UE) ha crecido de manera considerable en HEH en los últimos 8 años. La salud de estas personas se ve notablemente afectada a consecuencia de los cambios climatológicos, las condiciones de trabajo precarias, y la adaptación a la nueva situación. Todas estas circunstancias inciden en que padezcan problemas específicos de salud de diferente índole, entre los que destacan los problemas psicológicos. Es necesario por tanto, que desde la salud pública se dé respuesta a estas nuevas necesidades.

Los sistemas de salud no dan una atención igualitaria a hombres y a mujeres. Esto ocurre tanto a la hora de la investigación como al decidir cómo se va a invertir en los servicios que se prestan. De esta forma los problemas de salud de las mujeres no reciben la atención debida. Junto a esta realidad nos encontramos también que, como consecuencia de las políticas presupuestarias y de gestión neoliberales, las mujeres sufren recortes en la atención pública primaria (por ejemplo, el cierre del centro de salud de mujeres de Altsasua o el aumento del tiempo que pasa entre las revisiones ginecológicas en la CAPV). De esta forma se fomenta el uso de la sanidad privada. Es necesaria una mayor información y atención en la salud de las mujeres. Asimismo, tanto la información de las memorias de Osakidetza y de Osasunbidea como los presupuestos de los departamentos de sanidad deben realizarse desde la perspectiva de género.

5. Una adecuada política de personal

Una sociedad desarrollada no es aquella que simplemente ve cómo su economía crece, sino aquella que ofrece unos servicios públicos dignos y de calidad a su ciudadanía, con los recursos personales y materiales que ello requiere. En lo que a los recursos personales se refiere, es necesario:

a) Un aumento de plantilla

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. Como ejemplo podemos señalar que el personal médico de familia de los centros de salud atienden cupos de una media de 2000 personas. Cualquier estudio que analice la calidad en la atención considera que con cupos de ese tamaño no se garantiza la calidad. Es necesario readecuar los cupos entre las 1.600 y las 1.800 personas. El mismo pro-

blema se da en pediatría, donde debieran tener cupos de entre 800 y 1000 niños y niñas. Esta falta de personal provoca, en consecuencia, la saturación de en las áreas de cita previa. El mismo problema de falta de personal se plantea en los hospitales donde la falta de personal y la deficiente organización bloquean la salida de los pacientes de las plantas, lo que contribuye, entre otras razones, a la saturación de las urgencias.

b) Disminución de la temporalidad

Ello es necesario para que el personal se sienta parte de un proyecto, en este caso, del sistema sanitario, y ofrezca lo mejor de sí mismo. 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 con la salud de la población. Es necesario reducir la temporalidad y buscar el máximo de estabilidad para el personal eventual. Los contratos para unas pocas horas hechos en el mismo día o de un día para otro deben desaparecer.

c) Mejorar las condiciones laborales del personal

Sólo así se podrá reconocer el trabajo que realiza, así como mantenerla motivada para realizar un buen trabajo. Es cuanto menos asombroso que las administraciones apliquen subidas salariales inferiores al IPC, o que como en el caso del la CAPV, hayan firmado convenios en minoría.

Entre otras reivindicaciones que afectan a las condiciones laborales del personal, quedan pendientes la realización de una valoración de puestos que conlleve una definición de funciones de cada categoría, así como la valoración de la responsabilidad, penosidad, peligrosidad... El conjunto del personal necesita el reconocimiento de su trabajo junto con una compensación económica.

Se deben acometer reducciones de jornada para toda la plantilla mayor de 55 años y se debe proceder al pago inmediato de la antigüedad de interinos y eventuales.

d) Euskaldunización

El Gobierno Vasco y el Gobierno de Navarra deben garantizar que la sanidad pública respete el derecho de todas las personas a recibir su servicio en euskera. Esta necesaria euskaldunización de Osasunbidea y Osakidetza no puede recaer en la voluntad personal de cada trabajador o trabajadora. Se deben destinar los recursos necesarios, no siendo de recibo que una buena parte del personal se esté formando a cargo de su bolsillo y fuera de sus horas de trabajo.
