

# INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN NAVARRA

**Propuestas de ELA para  
potenciar la red pública  
sanitaria con condiciones  
dignas de trabajo**



[www.ela.eus](http://www.ela.eus)

**ELA**  
EUSKAL SINDIKATUA



# INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN NAVARRA

## 0.- INTRODUCCIÓN

La apuesta por el sistema público de salud es necesaria para lograr un modelo de sociedad igualitario y para garantizar la calidad de vida a todas las personas. O dicho de otra forma, no es posible tener una sociedad justa sin un sistema público de salud capaz de atender a todas las personas.

Por eso es necesario cuestionar y contrastar constantemente la sanidad pública, para sacar conclusiones y hacer propuestas de mejora.

Esto es lo que se pretende con este documento, avanzar hacia un sistema de salud público de mayor calidad y que de cobertura a todas las personas. Entendiendo que es imposible dar un servicio de calidad sin tener unas buenas condiciones de trabajo.

## 1.- U NOD EL OSM ENORESG ASTOSENS ALUD DE EUROPA

El Presupuesto para 2019 recoge un gasto de 1.087,3 millones de euros para el Departamento de

Salud, 15,1 millones más que el gasto consolidado de 2018.

Esta cantidad equivale al 5,1% del PIB previsto para 2019, la misma participación que los últimos años. No obstante, el aumento que se da en el presupuesto del Departamento de Salud (el 1,4%) está por debajo del crecimiento nominal previsto para la economía (del 4,4%).

La evolución muestra un aumento del gasto de 51,2 millones de euros desde 2010 (a partir de 2010 se hicieron fuertes recortes en Salud). No obstante, si se analiza el gasto en relación al PIB, el gasto en salud ha pasado del 5,6% del PIB al 5,1%. En 2019 se deberían destinar 107,3 millones de euros más a Salud para igualar la participación en el PIB de 2010.

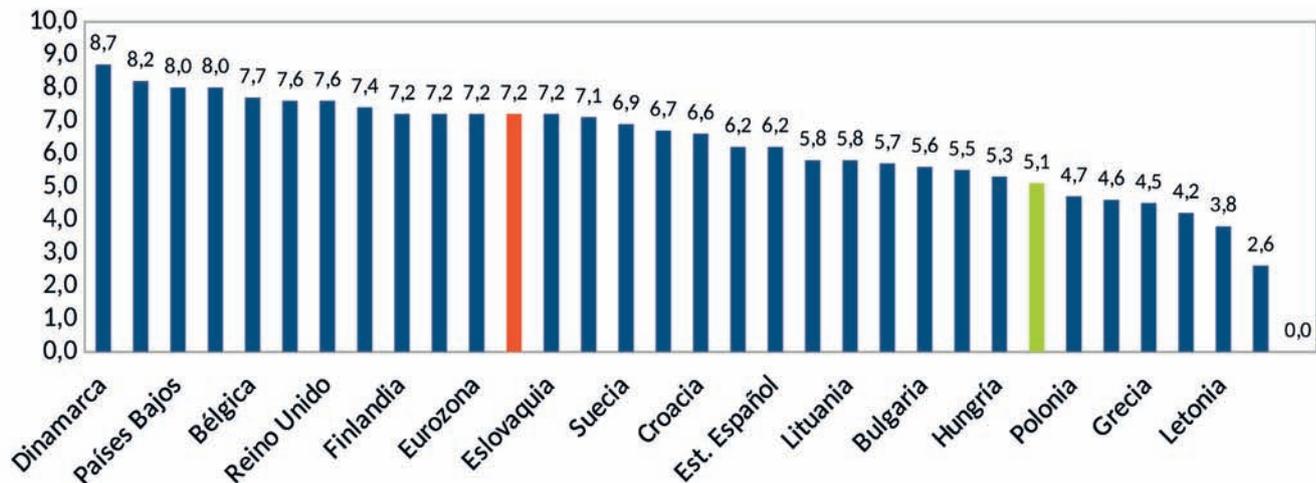
La comparativa de gasto en Salud respecto al resto de Europa evidencia el escaso gasto público que se hace en Navarra. El gasto público en Salud era del 5,1% del PIB en Navarra en el 2016 (último dato disponible), cuando la media de la UE-28 era del 7,1% y países como el Estado francés destinaban un 8,1%. Por ello, Navarra se encontraba en los peores

**2010-2019 epean Osasun alorrean egindako gastua (milioi euro eta BPGaren %)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Miloi euro	1.036,1	951,1	941,4	891,8	917,5	963,8	985,0	1.053,5	1.072,2	1087,3
BPGaren %	% 5,6	% 5,1	% 5,1	% 4,9	% 5,0	% 5,1	% 5,1	% 5,3	% 5,1	% 5,1

*Iturria: 2009-2017 epeko Nafarroako kontu orokorrak; 2018ko Nafarroako Aurrekontu bateratua, 2019ko Aurrekontua*

### Osasun-arloko gastu publikoa (BPGaren %) EB-28, 2015



Iturriak Nafarroako Gobernua, Nastat, Eurostat

puestos de toda la UE-28, con sólo 8 estados con menos gasto en salud (Bulgaria, Grecia, Hungría, Luxemburgo, Polonia, Rumanía, Letonia y Chipre).

Esta diferencia de gasto equivalente a 2 puntos del PIB, supondría que, para igualar la media de gasto en salud en 2019, en Navarra se deberían gastar 429,2 millones de euros más de los presupuestados (se han presupuestado 1.087,3 millones de euros).

Esta comparativa muestra que el gasto en salud viene siendo insuficiente a la hora de responder a las crecientes necesidades de salud de Navarra. Es necesario cambiar la tendencia de gasto para reducir el déficit existente respecto a la media europea.

## 2.- INDICADORES DE ACTIVIDAD DE OSASUNBIDEA

El nivel de actividad de Osasunbidea, así como la evolución de la misma, se recoge en los indicadores que se muestran en las Memorias que el Servicio Navarro de Salud hace cada año. La más reciente es la que corresponde a 2017.

### 2.1.- Indicadores de actividad.

En 2017, la frecuentación en atención primaria (esto es, la media de consultas por habitante y año), ha sido de 4,97 en medicina general y pediatría. Pese a que el último año ha descendido 0,08 puntos, este índice sigue siendo de los más altos de los últimos años.

En cuanto a las urgencias atendidas en asistencia especializada, aunque la evolución del último año presenta una disminución del 0,8% (de 254.647 a 252.608), el número de urgencias atendidas sigue siendo de los más elevados de esta década.

La actividad quirúrgica, en cambio, ha aumentado un 2,2% de 2016 a 2017, si bien es menor que la registrada en los años 2010 y 2011.

En cuanto a las cifras de actividad, podemos analizar diferentes índices que muestran la cantidad y evolución del servicio llevado a cabo en Osasunbidea en los últimos años.

El índice de ocupación muestra cuánto tiempo está ocupada cada cama durante el año, por lo que cuanto mayor sea el índice, significa que

**Indicadores de actividad y evolución. Navarra 2010-2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Frecuencia At. Primaria</b>	4,85	4,84	4,77	4,74	4,84	4,95	5,05	4,97
<b>Ingresos</b>	58.330	58.424	56.797	54.506	55.242	55.630	55.880	55.443
<b>Urgencias</b>	239.027	245.255	238.468	238.387	242.479	245.881	254.647	252.608
<b>Consultas</b>	1.021.058	1.000.549	971.863	945.134	964.853	960.218	986.134	978.366
<b>Actividad quirúrgica</b>	45.038	44.430	39.288	38.558	36.315	38.256	39.353	40.214

Fuente: Memorias del SNS-O

mayor es la carga que soporta el servicio público sanitario.

La evolución que presenta muestra un descenso en los dos últimos años (ha disminuido 2 puntos), si bien la tasa del 73,2% se encuentra en la media desde 2009.

El índice de rotación relaciona el número de personas ingresadas y el número de camas, por lo que muestra cuántas personas pasan por cada cama a lo largo del año.

En el año 2017 el índice de rotación se ha situado en el 45,9%, 0,3 puntos más que en el ejercicio anterior, siendo esta la segunda tasa más alta desde 2010 (sólo superada por la de 2015).

En cuanto a la estancia media, la cual hace referencia al número de días que se permanece de media en el hospital. Una disminución del mismo muestra que se dan las altas con mayor prontitud.

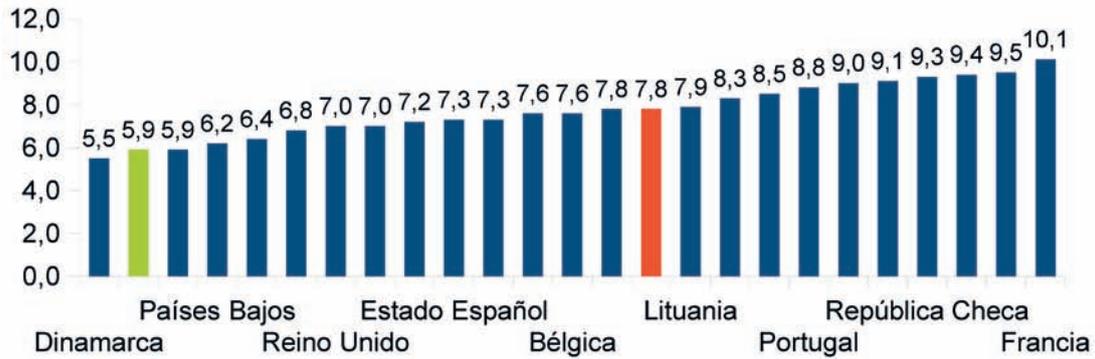
La estancia media en la sanidad pública se sitúa en 5,8 días, 0,1 días menos que un año antes. Además, la progresión es de una constante reducción del tiempo de estancia.

**Cantidad y evolución del servicio prestado. Navarra 2010-2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Índice de ocupación	72,0	71,4	71,9	72,1	73,6	75,2	73,8	73,2
Índice de rotación	43,5	43,9	44,7	44	45,8	46,2	45,6	45,9
Estancia media	6	5,9	5,9	6	5,9	5,9	5,9	5,8

Fuente: Memorias del SNS-O

### Estancia media hospitalaria. OCDE, 2015



Fuente: OCDE (Health at a Glance), Memoria SNS-O 2015

Si comparamos los datos de estancia media hospitalaria, podemos ver que en Navarra el alta se da con mucha mayor prontitud que en el resto del entorno europeo. En 2015, la estancia media en Navarra era de 5,9 días, mientras que la media de la OCDE era de 7,8 días. Sólo Dinamarca (5,5 días) registró una estancia media inferior a la de Navarra. En el otro extremo está Francia, con una estancia media de 10,1 días.

#### 2.2- Lista de espera.

La espera media para primera consulta ha sido de 42 días en 2017 y de 73 días para la atención

quirúrgica en la red de asistencia especializada. El último año ha disminuido tanto el número de días de espera para primera consulta (5 días menos de media) como para la lista de espera quirúrgica (25 días menos). Si se analiza la evolución de los últimos años, en cambio, se ve que la espera ha aumentado mucho respecto a los años 2010-2011 (casi el doble en algún caso).

En cuanto al número de personas en espera, en 2017 fueron 30.955 las personas que han estado en lista de espera para una primera consulta en la asistencia especializada, y 7.643 las que han estado en espera de una intervención quirúrgica.

### Lista de espera media por días y personas en espera. Navarra, 2010-2017

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prime ra cons ulta	Días de espera	22	28	45	69	69	59	47	42
	Personas en espera	25.174	35.089	36.835	54.804	55.695	49.926	35.498	30.955
Quirú rgica	Días de espera	70	90	134	125	102	100	98	73
	Personas en espera	7.626	9.539	10.512	9.187	9.452	9.272	8.974	7.643

Fuente: Memorias del SNS-O

**Número de camas, población total y camas por 1.000 habitantes. Navarra, 2010-2017**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de camas	2.401	2.394	2.414	2.422	2.422	2.256	2.288	2.312
Población	636.924	642.051	644.566	644.477	640.647	640.476	640.647	643.234
Camas / 1.000 habitantes	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8	3,5	3,6	3,6

Fuente: Memorias SNS-O, Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

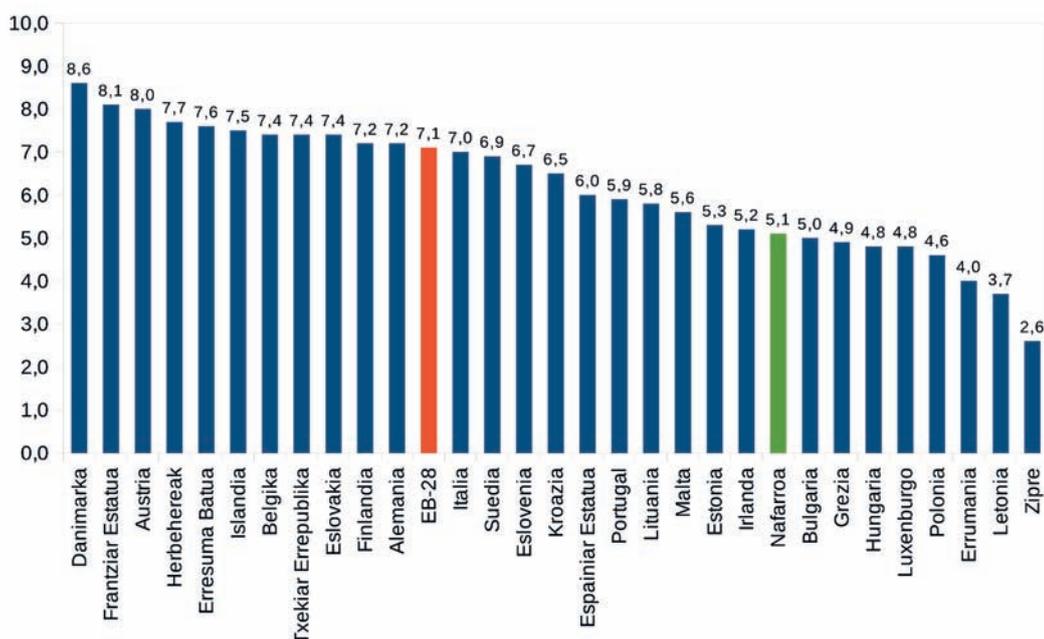
La evolución muestra que el número de personas en espera ha disminuido considerablemente los últimos años, un 44,4% la lista de espera de primera consulta y un 19,2% la lista de espera quirúrgica desde 2014 (el año en el que más personas ha habido en espera).

No obstante, el número de personas en espera para primera consulta en 2010 fue un 18,7% menor, mientras que el número de personas en

espera para actividad quirúrgica era prácticamente el mismo.

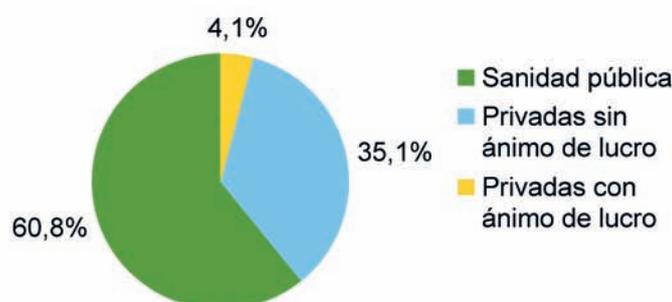
**2.3- Un tercio menos de camas hospitalarias que la media de la OCDE.**

El número de camas hospitalarias disponibles en Navarra es de 2.312 en 2017, 24 más que en 2016. No obstante, sigue siendo el tercer registro más bajo de esta década (en 2013 había 110 camas más que en 2017).

**Osasun-arloko gastu publikoa (BPGaren %) EB-28, 2016**


Iturriak Nafarroako Gobernua, Nastat, Eurostat

### **Distribución de camas hospitalaria. Navarra, 2017**



*Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*

Según datos de 2015, los últimos disponibles, a la cabeza de la OCDE en número de camas por cada mil habitantes (tomando sólo los países de la UE-28), se sitúan Alemania (8,1 camas), Austria (7,4) y Hungría (7,0). La sanidad pública navarra disponía de 3,5 camas por cada mil habitantes en 2015, situándose muy por debajo de la media (4,7 camas por cada 1.000 habitantes). Esto es, en Navarra habría que incrementar un 34% el número de camas por cada 1.000 habitantes para llegar a la media del entorno europeo y de la OCDE.

Además, si reparamos a los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad en el Catálogo Nacional de Hospitales 2017, éstos muestran que de las 2.312 camas disponibles que hay en la sanidad Navarra, sólo el 60,8% corresponde al servicio público de salud. El 35,1% corresponde a entidades privadas sin ánimo de lucro y el 4,1% a entidades privadas con ánimo de lucro. Esto es, el 39,2% del total de las camas hospitalarias corresponden a la sanidad privada.

Esto hace que el ratio de camas por cada 1.000 habitantes sea también el tercero más bajo de los últimos años, de 3,6 camas por cada 1.000 habitantes.

Siguiendo con el análisis del número de camas existente por cada mil habitantes, podemos ver, además, que Navarra se encuentra lejos de la media de los países de la OCDE.

### **3.- CONCERTACIÓN CON LA SANIDAD PRIVADA: EN LA MISMA LÍNEA DE LOS ÚLTIMOS AÑOS**

En Navarra, la mayoría de los centros hospitalarios corresponden a la sanidad privada, concretamente 7 de los 11 existentes (aunque, tal y como se ha señalado anteriormente, el 60,8% de las camas corresponden a la sanidad pública).

Una forma para analizar las derivaciones y conciertos que se hacen desde la sanidad pública a la privada es mediante el gasto. El gasto presupuestado para 2019 para derivaciones y conciertos es de 66,5 millones de euros, 2,4 millones de euros más que lo previsto en 2018. Esto es, el presupuesto total del Departamento de Salud se incrementará en 15,1 millones de 2018 a 2019, de los cuales 2,4 serán para derivaciones y conciertos.

La evolución muestra que el gasto presupuestado para 2019 sigue en la línea de los últimos años, si bien es cierto que ha habido años en los que el gasto en derivaciones y conciertos ha sido considerablemente superior (en 2010 se gastaron 77,9 millones, en 2012 el gasto fue de 71,5 millones y en 2015 de 70,2 millones).

### **4.- NO ES POSIBLE DAR UN BUEN SERVICIO PÚBLICO SIN BUENAS CONDICIONES DE TRABAJO**

En 2017 la plantilla total de Osasunbidea ha sido de 10.227 personas. El 71% de la plantilla trabaja

**Gasto en derivaciones y conciertos con la sanidad privada. Navarra, 2010-2019**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Prestaciones y conciertos	77,9	63,1	71,5	62,4	64,0	70,2	67,6	61,5	64,1	66,5

Fuente: Cuentas generales de Navarra 2009-2017, Presupuesto consolidado 2018, Presupuesto 2019

en la asistencia especializada, el 22% en atención primaria, el 4% en salud mental y el 3% en servicios centrales.

De las 10.227 personas empleadas el 79,1% son mujeres (8.132) por el 20,9% de hombres (2.145). El personal fijo, en cambio, lo componen 5.200 personas, de las cuales las mujeres son el 77,3%. Esto es, el porcentaje de mujeres es más bajo entre la plantilla fija del SNS-O.

**4.1- Casi la mitad de la plantilla es temporal.**

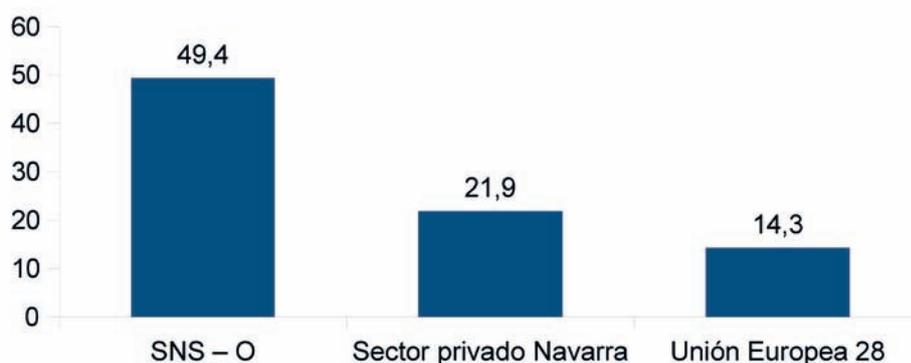
Casi la mitad de la plantilla de Osasunbidea tiene un contrato temporal (el 49,4%), ya que hay 5.072 personas trabajando con un contrato temporal.

De estas 5.072 personas con contrato temporal, 2.230 están contratadas para hacer sustituciones, y las restantes 2.842 (el 56%) está contra-

**Plantilla del SNS-O por contratación y sexo, 2017**

	Plantilla total		Fijos	
Mujeres	8.132	79,1%	4.022	77,3%
Hombres	2.145	20,9%	1.183	22,7%
Total	10.277		5.205	

Fuente: Memoria del SNS-O 2017

**Tasa de temporalidad media, 2017**


Fuente: Memoria del SNS-O 2017, INE, Eurostat

*Evolución de la plantilla del SNS – O por tipo de contratación, 2010-2017*

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Plantilla total	9.950	10.160	9.650	9.513	9.590	9.733	9.613	10.277
Plantilla fija	5.601	6.177	6.130	5.966	5.753	5.643	5.380	5.205
Tasa temporalidad	43,7	39,2	36,5	37,3	40,0	42,0	44,0	49,4

*Fuente: Memorias del SNS-O*

tada para cubrir vacantes y hacer frente a las necesidades de personal existentes.

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 49,4%) es 27,5 puntos más alta que la tasa de temporalidad media que hay en el sector privado en Navarra (del 21,9% en el cuarto trimestre de 2017) y es casi 3,5 veces mayor que la tasa de temporalidad media de la UE que es del 14,3% en el último trimestre de 2017 (hay una diferencia de 35,1 puntos).

La evolución de los últimos años de la plantilla es aún más preocupante. Si bien en 2017 la plantilla total de Osasunbidea ha sido la más alta de esta década, el número de personas fijas ha sido el menor de todos estos años (casi mil personas menos que en 2011). Esto hace que la tasa de temporalidad se haya disparado, aumentando 5,4 puntos el último año y 10,2 puntos desde 2011.

Además, hay que señalar que el aumento de la plantilla que se ha dado de 2016 a 2017 se debe en parte a la incorporación del personal que se ha dado con la reversión de cocinas del Comple-

**Personal fijo por tramos de edad y sexo (%), 2017**

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
66-70	0,01	0,04
61-65	9,02	3,76
56-60	17,56	4,74
51-55	17,58	5,01
46-50	14,24	4,36
41-45	12,18	2,92
36-40	5,73	1,4
31-35	1,1	0,26
<30	0,05	0,02

*Fuente: Memoria del SNS-O 2017*

jo Hospitalario, servicio que ha sido asumido por Osasunbidea a partir de abril de 2017.

**4.2- El 57% del personal fijo del SNS-O tiene más de 51 años.**

En cuanto a los datos sobre la edad del personal fijo de Osasunbidea, se puede destacar lo siguiente:

- \*El 57,7% del personal fijo es mayor de 51 años.
- \*Las personas mayores de 61 años son el 12,8%, mientras que las menores de 40 son el 8,6%.
- \*El 44,9% del personal fijo tiene entre 51 y 60 años.
- \*Sólo el 0,07% tiene menos de 30 años.

Ante esta situación, la previsión de jubilaciones para los próximos años es enorme, ya que se prevé que los próximos 5 años se jubilen 964 personas en Osasunbidea. Esto es, los próximos 5 años se prevé la jubilación del 18,5% de la plantilla fija (5.205 personas).

**Previsión de jubilaciones 2018-2022**

2018	2019	2020	2021	2022	Total
100	159	201	251	253	964

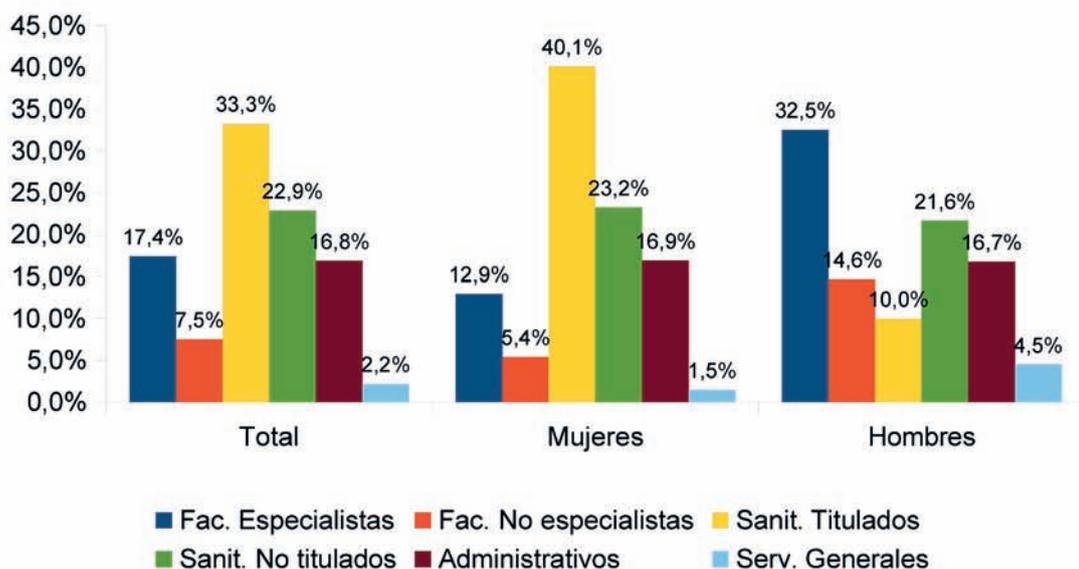
Fuente: Memoria del SNS-O

**4.3- Sectores feminizados y masculinos en el SNS-O.**

Una de cada tres personas (el 33,3%) de las 5.205 que hay con una relación laboral fija en Osasunbidea es sanitaria titulada, el 22,9% del personal es sanitario no titulado (personal que es celador, cuidador, etc.), el 17,4% es facultativo especialista y el 7,5% facultativo no especialista. El personal administrativo y de servicios generales es el 16,8% y 2,2% respectivamente.

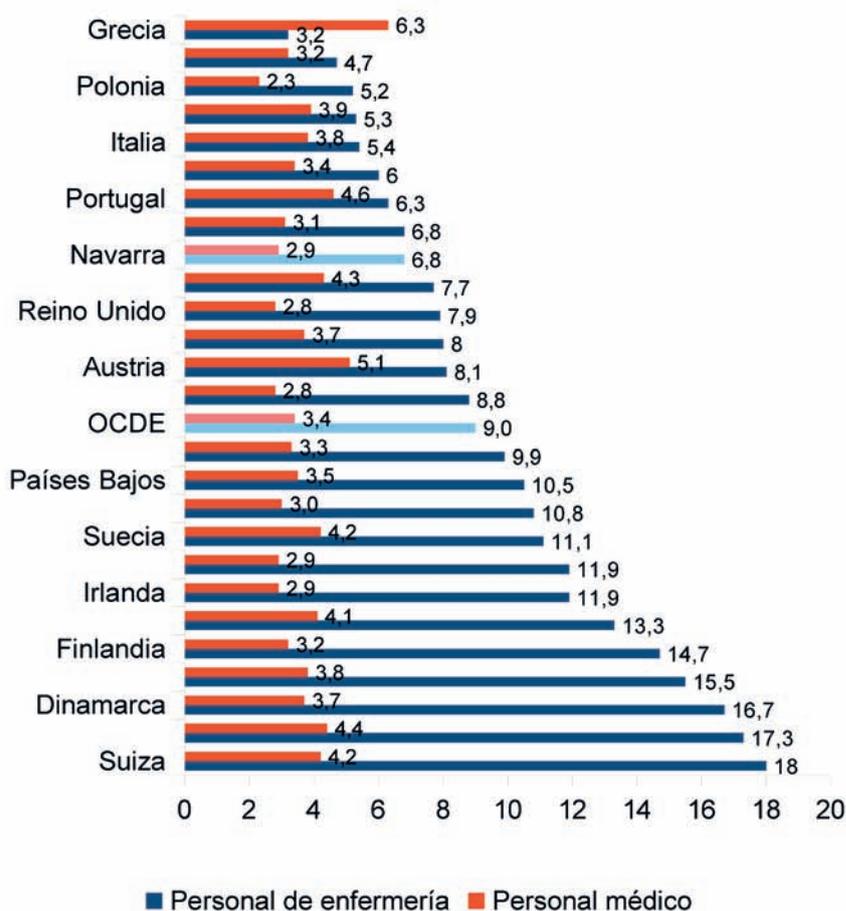
El análisis del personal fijo de Osasunbidea por estamento profesional y sexo muestra la realidad en cuanto a sectores feminizados y masculinos. Y es que el estamento profesional más extendido entre las mujeres (el 40,1% de

**Personal fijo del SNS-O por estamento profesional y sexo (% del total), 2017**



Fuente: Memoria del SNS-O 2017

**Personal de enfermería (incluyendo auxiliar de enfermería) y personal Médico por cada 1.000 habitantes, 2015**



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

las mujeres) es el de sanitarias tituladas (enfermeras, ATS, etc.), mientras que el más extendido entre los hombres (el 32,5% de los hombres) es el de facultativos especialistas (médicos, entre otros).

En este sentido, sirve como ejemplo que el 42,5% de los facultativos especialistas son hombres, cuando el porcentaje de hombres sobre el total del personal fijo es del 22,7%, y el 93,8% de las sanitarias tituladas son mujeres, cuando las mujeres son el 77,3% del personal fijo.

**4.4- Por debajo de la media del entorno en cuanto a personal sanitario.**

Para medir la carga que genera la actividad que se lleva a cabo en la sanidad, es necesario también contabilizar el personal con el que se cuenta.

Como muestra, y dado que no hay datos comparables en otros estamentos profesionales, el personal de enfermería, incluyendo el auxiliar de enfermería, y el personal médico que hay en Navarra 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 6,8 por cada 1.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 9. Por encima del ratio de Navarra se encuentran la mayoría de los estados del entorno europeo, destacando Suiza (18), Noruega (17,3) y Dinamarca (16,7). Por debajo del ratio de Navarra hay 8 estados, entre otros, Grecia (3,2), Letonia (3,2) o el propio Estado Español (5,3).

En cuanto al personal médico, el ratio en Navarra es de 2,9 por cada 1.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 3,4. En este caso hay que subrayar que sólo hay 3 estados con un ratio menor en el entorno europeo, el Reino Unido (2,8), Eslovenia (2,8) y Polonia (2,3).

#### **4.5- Comptos subraya la importancia de aprobar una OPE para disminuir la temporalidad.**

La Cámara de Comptos ha publicado en marzo de 2018 un informe sobre la contratación temporal en el SNS-O en los años 2016-2017.

La principal conclusión que obtiene Comptos es "la importancia de aprobar una oferta pública de empleo que disminuya la temporalidad de Osasunbidea". Y para llegar a esta conclusión desgana una serie de datos que reflejan la realidad de la contratación precaria que se lleva a cabo en Osasunbidea.

Entre otros, destacan los siguientes datos:

\*En 2016 estuvieron vigentes 42.078 contratos temporales para un total de 6.820 personas, esto es, más de 6 contratos por persona de media.

\*El 95% de estos contratos fueron de corta duración, y prácticamente la mitad (el 49,5%) tenía una duración de uno o dos días.

\*Sólo el 10,7% de los contratos fue mayor de 6 meses.

\*El índice de temporalidad es del 51% a 31 de diciembre de 2016, después de aumentar un 8% en 4 años.

\*Los últimos 5 años el número de plazas vacantes se ha duplicado.

\*El número de contratos temporales ha aumentado un 23%.

\*El número de personal funcionario, laboral fijo y estatutario ha disminuido un 12%.

## 5.- CONCLUSIONES

En este informe hemos analizado diferentes aspectos del estado de la sanidad pública en Navarra, de los cuales podemos extraer las siguientes conclusiones:

- **El gasto destinado a la sanidad pública es insuficiente. Habría que aumentar un 40,7% el gasto para igualarlo a la media de gasto de los países del entorno europeo.**
- **Los indicadores de actividad muestran que la misma sigue siendo muy elevada.**
- **El número de camas por cada 1.000 habitantes es un 34% menor que la media de la OCDE.**
- **4 de cada 10 camas hospitalarias pertenecen a la sanidad privada.**
- **La concertación con la sanidad privada sigue en la misma línea de los últimos años con más de 64 millones de euros, incluso ha crecido el último año.**
- **La precariedad laboral es inaceptable en Osasunbidea. La tasa de temporalidad sigue creciendo año tras año y la mitad de la plantilla es temporal.**
- **La edad del personal fijo de Osasunbidea muestran datos preocupantes, como por ejemplo que el 57% es mayor de 51 años y que en los próximos 5 años casi se jubilará 1 de cada 5 personas fijas.**
- **3 de 4 personas de la plantilla de Osasunbidea son mujeres, pero esa proporción es mucho menor en los puestos de mayor salario (personal facultativo especialista).**
- **Comptos subraya la importancia de aprobar una OPE para disminuir la temporalidad (la cual debe ser suficiente).**
- **La aplicación de ratios cuantitativos para la asignación del personal de salud no refleja la realidad, ya que ha aumentado el número de pacientes pluripatológicos y dependientes. Esto hace que el personal de un área determinada deba trasladarse a otras áreas para atender a pacientes pluripatológicos. El hecho de que la edad del personal esté aumentando aún empeora esta situación.**

## 6.- PROPUESTAS

### 1. APUESTA POR LA SANIDAD PÚBLICA

#### 1. a) Aumentar el gasto público en sanidad para equipararnos a la media de la OCDE.

El Gobierno de Navarra debería de incrementar en 2,1 puntos del PIB el gasto público en salud para equiparlo al gasto medio de la UE-28. Esto significa un incremento del gasto del 440,7% (más de 430 millones de euros al año).

El gasto y la inversión pública que se llevan a cabo tanto en salud como en cualquier otra materia, dependen de la voluntad y prioridades políticas del Gobierno de turno. No existe motivo, por tanto, para que Navarra sea uno de los territorios con menor gasto público en salud de la UE-28.

#### 1. b) Fomento de la red pública sanitaria.

La política de privatización y concertación es la primordial en el ámbito de la sanidad.

ELA considera que la sanidad pública es un derecho, y no un área mercantil. Por ello, se exige que se revierta la política privatizadora y concertadora, y se lleven a cabo políticas basadas en criterios de calidad e igualdad. Aunque se han dado pasos en este sentido, como han sido las reversiones de Cocinas Hospitalarias por un lado, transporte sanitario, y eliminación de conciertos con entidades privadas con la consiguiente publicación de dichos servicios, queda camino por recorrer teniendo en cuenta que la administración sigue utilizando empresas privadas como subcontratas para cubrir servicios que debieran ser asumidos por la propia administración y con la contratación de trabajadores públicos.

#### 1. c) Ampliar las coberturas de la sanidad pública.

La sanidad pública no cubre todas las necesidades de primer orden. Existen necesidades como salud buco dental, o de cuidados paliativos que no se encuadran dentro de las coberturas ofrecidas, o no lo hacen con la amplitud adecuada.

Además, la concertación y el negocio a costa de la salud siguen teniendo mucho peso, y cada vez más espacio en ámbitos como los cuidados y la vejez, que no se cubren desde el sector público, obligando a la población que pueda pagarlos a acudir a los mismos.

ELA considera imprescindible que el sistema sanitario público ofrezca cobertura a todas las necesidades básicas, cubriendo todas las necesidades de la población Navarra.

### **1. d) Información y recorte de la concertación.**

La gestión política que se lleva a cabo de la sanidad pública provoca que el sistema sanitario público no sea capaz de asumir toda la carga sanitaria, y así derivar el excedente al sector privado.

Esta es una decisión política que conlleva a la concertación de ciertos servicios sanitarios con la sanidad privada, ya que cuanto menor sea la capacidad del sector público de dar salida a las necesidades existentes, mayor será la participación del sector privado.

En este sentido, hay que señalar que la propia Cámara de Comptos ha verificado que las concertaciones no se hacen con motivo de ahorro, sino que, como es lógico, suponen un mayor gasto. Además de que no existe control sobre el total de las derivaciones realizadas, en este caso al Hospital San Juan de Dios.

Lo que es indiscutible es que las derivaciones y concertaciones suponen el enriquecimiento del sector privado a costa del erario público.

Por tanto, ELA exige que se revierta la política de concertación y derivación, al mismo tiempo que exige más claridad en este asunto, informando sobre el coste de los contratos y conciertos con todas las empresas sanitarias privadas, así como el total de dinero público que se destina a la sanidad privada.

### **1. e) Terminar con las peonadas.**

Las peonadas nacen de la imposibilidad de la Administración de dar un servicio a toda la demanda existente, lo que es aprovechado por algunas personas en Osasunbidea.

Consiste en que estas personas, profesionales de Osasunbidea, realicen horas extras o atiendan a pacientes de otros profesionales a cambio de recibir incentivos económicos.

Es totalmente criticable que la Administración, a cambio del lucro de unos cuantos profesionales de la salud, pretenda dar salida al problema del desajuste estructural de Osasunbidea con la demanda existente.

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 sobre trabajo de ciertas personas empleadas.

Además, estas prácticas se dan 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.

La opacidad existente en este ámbito es igualmente criticable. Los últimos datos existentes son de 2008, y este año se destinaron 6,2 millones de euros a pagar las peonadas que realizaron 1.810 personas, esto es, 3.410 euros de media a cada persona que realizó peonadas.

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.

### **1.f) Derecho a recibir toda la asistencia sanitaria en euskera.**

ELA exige que en la sanidad pública se respete el derecho de toda la población a dirigirse y recibir cualquier servicio en euskara. La euskaldunización de Osasunbidea no puede recaer exclusivamente en la voluntad de cada una de las personas empleadas.

Asimismo, ELA reclama que haya partidas presupuestarias específicas para los cursos de formación de euskera para que no se vean afectadas las partidas para sustituciones del SNS-O.

## **2. - 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.

### **2. a) Un aumento de los recursos humanos y materiales.**

El nivel de actividad de Osasunbidea es elevado. No así los recursos.

Además, el hecho de que la mitad de la plantilla sea temporal muestra que el personal fijo no es suficiente para hacer frente a la actividad que se desarrolla.

ELA exige un aumento de los recursos humanos, que haga posible hacer frente a la actividad de Osasunbidea con su propio personal, y sin precariedad laboral. Unas mejores condiciones de trabajo conllevan una mejora en la calidad del servicio.

Para ello es necesario cambiar los criterios de ratios de pacientes por personal, y adecuarlos a la situación real, teniendo en cuenta el aumento de los pacientes pluripatológicos y dependientes.

También es necesario dotar a los profesionales de los medios materiales adecuados para el desempeño de su profesión.

A modo de ejemplo, en la actualidad los equipos de los Servicios de Urgencias Rurales en Navarra (SUR) desempeñan su labor, utilizando sus vehículos propios, sin identificación alguna, carecen de vestimenta apropiada. Sólo se les proporciona un chaleco.

La utilización del vehículo privado del personal médico y/o enfermero para la atención sanitaria fuera del centro de salud es a todos efectos contrario a ley, si se entiende que el personal médico para realizar su trabajo debe transportar un material básico, entre los que no pueden faltar fármacos y oxígeno. A todo esto, hay que añadir que con la entrada en vigor de la Ley del Carné por puntos: julio del 2007 la ley considera como falta grave o muy grave el hecho de conducir un vehículo adaptado exclusivamente para el transporte de viajeros, en el que se lleven mercancías de otro tipo sin cumplir las condiciones técnicas que garanticen la seguridad de su transporte. Considera como falta muy grave la conducción de vehículos que incumplan las normas, reglamentariamente establecidas, que regulan las actividades industriales que afecten de forma directa a la seguridad vial: caso específico de transportar la bombona de oxígeno en un vehículo no apropiado. Deben ser rápida y fácilmente identificables desde el exterior con la imagen corporativa de la empresa y su función.

## **2. b) Ajustar la plantilla a la carga de trabajo.**

Con todo, ELA propone un aumento real de la plantilla. Esto es, consolidar las plazas mediante OPEs reduciendo la temporalidad y aumentar el número de plazas teniendo en cuenta el elevado número de vacantes existentes, que se eleva a 2.800 aproximadamente.

Todo esto se debe a la ausencia total de Ofertas Públicas de Empleo durante varios años y al Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, que deniega la posibilidad de ofertar más plazas que las que permite la tasa de reposición anual (número de plazas que quedan vacantes debido a fallecimientos, jubilaciones...) que aún siendo ahora del 100% no permite la cobertura de las plazas necesarias para llegar al objetivo del 8% de eventualidad, sino que al contrario, la mantiene en unos niveles insosteniblemente elevados.

Con el objetivo de reducir gasto el Departamento de Salud está llevando a cabo una política de recortes en materia de personal (no sustitución del personal de baja...). Es inaceptable que los recortes efectivos de plantilla y la decisión de no sustituir trabajadores suponga un aumento de cargas de trabajo para los trabajadores de la función pública. Es un atentado contra el conjunto de la clase trabajadora que paga con su trabajo y con cotizaciones e impuestos por unos servicios públicos de calidad. El aumento de cargas de trabajo también está teniendo como consecuencia un empeoramiento en la salud de multitud de trabajadores y trabajadoras a los que se les ha aumentado las cargas de trabajo en servicios ya de por sí saturados. A esto hay que añadir el hecho de que en cuanto a cargas de trabajo, sólo se tienen en cuenta aspectos cuantitativos, sin contemplar el hecho de que en la actualidad el mayor índice de vida de la población, hace que la edad de los mismos sea elevada y nos sitúa en un escenario de pacientes más dependientes con aumento de dolencias pluripatológicas que requieren la intervención de ma-

por número de profesionales y cuestiona seriamente los ratios numéricos cuantitativos en los que se basan los índices de ocupación de camas y los estudios de cargas de trabajo del SNS-O. Es por eso que desde el sindicato ELA, pedimos la adecuación del trabajo a las demandas reales del sistema productivo y la contemplación de aspectos cualitativos en sus estudios adecuando los ratios de trabajadores actuales a la realidad social y sanitaria de los pacientes.

### **2. c) Disminución de la temporalidad.**

En Navarra se constata que la temporalidad se sitúa en el 49,4%, 27,5 puntos más que la tasa de temporalidad media en el sector privado.

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 de Navarra es el de la precariedad.

Es necesario reducir la temporalidad y dar estabilidad al personal contratado para que 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 con la salud de la población. Es necesario reducir la temporalidad y buscar el máximo de estabilidad para el personal eventual.

### **2. d) Falta de personal médico.**

Tomar medidas reales para enfrentar el grave problema ya existente, y en un futuro alarmante para paliar la falta de personal médico y en especial de pediatras. Problema que lleva muchos años dejándose ver y está llegando a unos límites insostenibles en muchas zonas de Navarra.

### **2. e) Implantación de la carrera profesional para todos los niveles, una carrera profesional que debe estar basada en criterios objetivos.**

La aplicación de la carrera profesional está ocasionando que se produzcan agravios comparativos entre los distintos colectivos de Osasunbidea y entre los trabajadores fijos y contratados... La carrera profesional sólo lo cobran los niveles A y B, dejando fuera a los contratados y a los niveles C, D y E que son los que menos cobran.

Se utiliza la carrera profesional como un procedimiento de promoción que tiene poco que ver con una mejora de la cualificación del personal. Esta práctica enfrenta a colectivos y fortalece formas de control de los contestatarios; produciendo una merma de derechos y de calidad, un aumento de cargas de trabajo, y una manipulación los ingresos salariales secuestrando los verdaderos debates y las necesidades de la ciudadanía.

Desde ELA estamos en contra del modelo actual de carrera profesional. Defendemos la necesidad de negociar y poner en marcha un nuevo modelo que sea totalmente objetivo y para todos los niveles tanto para personal fijos como para contratados, evitando la discriminación entre colectivos. Ya que el modelo actual es discriminatorio y subjetivo.

Por lo tanto, desde ELA defendemos la aplicación de la carrera profesional para todos los niveles y que ésta se abone teniendo en cuenta aspectos objetivos. Y respecto a la cuantía, ésta debería realizarse en referencia al salario base de cada uno de los niveles.

## **2. f.) Cobro del grado tanto para personal fijo como para contratado.**

De esta manera se igualaría el trabajo de todos y todas las profesionales, y se eliminaría el agravio comparativo que supone el cobro de este complemento por solo una parte de la plantilla.

## **2. g) Definición de las funciones de trabajo de cada categoría y puesto de trabajo.**

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.

Asimismo, es necesario el reencuadramiento de los niveles en la Administración adecuándolos al nivel académico existente y paliando el desajuste existente entre cualificación y demandas del sistema productivo (por ejemplo estamento TCAE, adecuación de los niveles a los planes de estudios según Bolonia, etc.)

## **2. h) Realizar estudios para examinar las cargas cuantitativas y cualitativas 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 excesivo.

## **2. i) Planes de jubilación.**

Se precisa de planes de jubilaciones y la implantación de medidas como el contrato relevo 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.

Beraz, ELAn lanbide-karrera maila guztiendako nahi dugu, eta irizpide objektiboen arabera ordaintzea. Eta zenbatekoari dagokionez, maila bakoitzeko oinarri-solda-tarekiko izan behar ko zen.

## **2. f) Gradaoa bai langile finkoek, bai kontratatuek kobratzea.**

Horrela, profesional guztien lana berdinduko litzateke, eta konparaziozko bide-gabekeria hori kenduko —osagarri hori plantillako zati batek bakarrik kobratzen baitu—.

## **2. g) Kategoria eta lanpostu bakoitzaren eginkizunak zehaztea.**

ELAk beharrezkotzat jotzen du kategoria eta lanpostu bakoitzaren eginkizunak zehaztea eta balioestea, kontuan hartuz zailtasun teknikoak, dedikazioa, erantzukizuna, bateraezintasuna, arrikskugarritasuna eta nekagarritasuna. Horrela eginkizunak noren ardurapekoak diren argi geratuko zen, arazorik sortu gabe.

Halaber, Administrazio mailak berregituratzea ere beharrezkoa da, maila akademiakoarekin egokituz, eta kualifikazioaren eta ekizpen-sistemaren artean dagoen uztartzerik eza konponduz (adibidez, TCAE estamentua, mailak Boloniako ikaske-ta-planekin egokitzea...).

## **2. h) Postu bakoitzeko lan-kargak, kuantitatibo eta kualitatiboak, zehazki ezagutzeko azterlanak egitea.**

Lanpostu bakoitzeko lan-kargak azertu behar dira. Lanpostu batzuetan lan-kargak arras gehiegizkoak daude.

## **2. i) Erretiro-planak.**

Errebo-kontratua ezarri behar da osasun-sistema publikoan, langileen erretiro-plan gisa. Hartara, 60 urte bete zezean erretiratuko da jendea.

Gaztetu egin behar da plantilla, eta lan-baldintzak hobetu. Ematen den zerbitzuaren kalitatea, izan ere, lan-baldintzen kalitateari loturik dago.

ktiboa.

ELAn lanbide-karreraren oraingo ereduaren aurka gaude. Guk eredu berri bat eskatzen dugu, negoziatzaioaren bidez abiarazi behar dena, eredu erabat objektiboa eta maila guztienadako, bai langile finkoeendako, bai kontratatuenadako; kidegoen arteko diskriminazioa ekidinez. Oraingo eredu diskriminaziozkoa da, eta subjektiboa.

eztabaidak eta herritarren beharrezan baztertu. datzen, lan-kargak handitzen, eta soldata-sarrerak manipulatzeko, benetako kontrola zorrotzen. Ondorioz, eskubideak urritzen dira, zerbitzu-kalitatea honetara kidego batzuk bertzeen aurka jartzeko, eta kontforme ez daudenen gaineko handirik pertsonalaren kualifikazioa hobetzearekin. Jarduere horrek, gainera, lanbide-karrera sustapen-prozedura gisa erabiltzen da, eta horrek ez du zerikusirik dute plus hori jasotzen.

tatuak eta C, D eta E mailak, gutxien kobratzen dutenak, hain zuzen, horiek ez dituen artean... A eta B mailak bakarrik kobratzen dute lanbide-karrera; kontra-ari dira Osasunbideko kidegoen artean eta, baita ere, langile finkoeen eta kontra-ari dira ezartzearen ondorioz konparaziozko bidegabekeriak gertatzen

## **irizpide objektiboen arabera.**

### **2. e) Lanbide-karrera maila guztietan ezartzea,**

Neurriak hartu behar dira egun larria den eta etorkizunean are larriagoa izan daitekeen arazo horri aurre egiteko eta pertsonal medikoaren eskasia konpon-tzeko, batez ere pediaterena. Urteak dira arazoa sortu zela, eta jasanezina ari da bihurtzen Nafarroako eskualde askotan.

### **2. d) Pertsonal medikoaren eskasia.**

Gutxitu egin behar da behin-behinekotasun tasa, eta egonkortasuna eman behar zaie kontratatutako langileei, proiektu bateko partaide senti daitezen, osasun-sistemako partaide, alegia. Inondik ere ez dago onartzerik behin-behinekotasun tasak hain gotik ibiltzea, are gutxiago sektore publikoan eta, batez ere, herritarren osasuna langai duten langileen artean. Gutxitu egin behar da behin-behinekotasun tasa, eta ahalik eta egonkortasunik handiena eskaini behin-behinekotasun langileei.

Onartezina da behin-behinekotasun tasa, eta egonkortasuna eman behar da justu kontrako eredu aldarririkatu behar lukeen gobernu bat izatea horren arduraduna. Behin-behinekotasunean bakarrik da ereduagari Nafarroako Gobernu, baina txarreako.

%49,4 da Nafarroako osasun-sistema publikoko behin-behinekotasun tasa, sek-tore pribatu baten batezbestekoa baino 27,5 puntu handiagoa.

### **2. c) Behin-behinekotasun tasa jaistea.**

Legarren kontrakoa da, ondorio gutxietarako, osasun-erretetik kanpo medikuen eta/edo erizainaren ibilgailu pribatua erabiltzea osasun-arretarako, baldin eta jotzen da bidaiariak garratatzeko soilik egokituak ibilgailu batean bestelako merkantziak eramatea, haiek seguru garratatzeko baldintza teknikoa bete gabe. Hala ber, oso falta astuntzat jotzen du legeak beste hau ere: bide-segurtasunari zuzenean eragiten dioten jarduera industriaren erregelamenduzko arauak betetzen ez dituzten ibilgailuak gidatzea; adibidez, ibilgailu desegoki batean oxigeno-bondona bat garratatea. Bestalde, kanpotik erraz bereizteko modukoak izan behar duten ibilgailu horiek, zeinek enpresaren irudi korporatiboa eta funtzioa bistara eraman behar baitute.

Legaren kontrakoa da, ondorio gutxietarako, osasun-erretetik kanpo medikuen eta/edo erizainaren ibilgailu pribatua erabiltzea osasun-arretarako, baldin eta jotzen da bidaiariak garratatzeko soilik egokituak ibilgailu batean bestelako merkantziak eramatea, haiek seguru garratatzeko baldintza teknikoa bete gabe. Hala ber, oso falta astuntzat jotzen du legeak beste hau ere: bide-segurtasunari zuzenean eragiten dioten jarduera industriaren erregelamenduzko arauak betetzen ez dituzten ibilgailuak gidatzea; adibidez, ibilgailu desegoki batean oxigeno-bondona bat garratatea. Bestalde, kanpotik erraz bereizteko modukoak izan behar duten ibilgailu horiek, zeinek enpresaren irudi korporatiboa eta funtzioa bistara eraman behar baitute.

Gastuak murriztearren, murrizketa-politika ari da aplikatzen Osasun Saila langileen artean (bajan daudenen ordezkorik ez da jartzen, adibidez).

Ezin da onartu funtzio-publikoko langileen lan-karga handitzea langile-kopurua murrizteko eta bajan daudenen ordezkorik ez jartzeko erabakia dela-eta. Langile guztion aurkako erasoa da erabaki hori, kalitateko zerbitzu publikoak merzei baitituzten gu gure lanaren, zergen eta kotizazioen bidez ordaintzen dugunaren truke.

Lan-kargaren areagotzea, bestalde, langile askoren osasunari kalte egiten ari zaiola, lehendik ere gainezka zebiltzan zerbitzuetako langileei are lan gehiago ematen baitzaie.

Gainera, alderdi kuantitatiboak bakarrik hartzen dira aintzat lan-kargei dagokienez, kontuan izan gabe herritarren egungo bizi-itxaropen luzeagoa dela-eta urte gehiago bizi direla eta, horrenbestez, mendeakotasun eta patologia anitz dituzten adinekoko paziente ugari daudela eta, noski, profesional gehiago behar direla haiek artatzeko. Egoera hori ikusirik, oso zalanztzagarrak dira SNS-O-ren ohe-okupazioari eta lan-kargei buruzko azterketa kuantitatiboak eta ratioak.

Honenbestez, hau eskatzen du ELA sindikatua: ekoizpen-sistemaren benetako premietara egokitzeko lana, eta azterketa egitean aintzat hartzeko alderdi kualitate-tiboak ere, pazienteen osasun- eta gizarte-egoerara moldatzeko egungo langile-erretioak.

## 2. b) Langile-kopurua, lan-kargaren arabera.

Bestalde, behar dituzten balibide materialak eman behar zaizkie profesionalari beren lana egokiro egin dezaten.

Esate baterako, Nafarroako Landa Eremuko Larraldi Zerbitzuetako langileen berren ibilgailu propioak erabiltzen dituzte lanerako, inolako identifikaziorik eta janzkierik gabe. Txaleko bat besterik ez diete ematen.

Legaren kontrakoa da, ondorio gutxietarako, osasun-erretetik kanpo medikuen eta/edo erizainaren ibilgailu pribatua erabiltzea osasun-arretarako, baldin eta jotzen da bidaiariak garratatzeko soilik egokituak ibilgailu batean bestelako merkantziak eramatea, haiek seguru garratatzeko baldintza teknikoa bete gabe. Hala ber, oso falta astuntzat jotzen du legeak beste hau ere: bide-segurtasunari zuzenean eragiten dioten jarduera industriaren erregelamenduzko arauak betetzen ez dituzten ibilgailuak gidatzea; adibidez, ibilgailu desegoki batean oxigeno-bondona bat garratatea. Bestalde, kanpotik erraz bereizteko modukoak izan behar duten ibilgailu horiek, zeinek enpresaren irudi korporatiboa eta funtzioa bistara eraman behar baitute.

jasanezinean.

kotasun tasara iristeko helburua, alderantziz baizik: oso goian eusten dio, maila Egun % 100koa den arren birjartze-tasa, ez du betetzen % 8ko behin-behine- dirrela medio hutsik geratzen direnak — onartzen duen baino plaza gehiago.

ren arabera, ezin da eskaini urteko birjartze-tasak — heriotza, erretiroa eta abar hartutako neurriei buruzko abenduaren 30eko 20/2011 Errege Lege Dekretua- rritako defizit publikoaren zuzentzeko aurrekontu-, zerga- eta finantza-alorrean izanaren ondorio da egoera hori. Bestalde, Mariano Rajoyren gobernuak eza- (2.800 inguru). Krisi-urteetan batera Enplegu Eskaintza Publikorik egin ez za-kopurua handitzea, kontuan hartuz hutsik dauden plazen kopuru handia bidez plazak kontsolidatzea eta behin-behinekotasuna murriztea, eta pla-

Honenbestez, langile-kopurua handitzea proposatzen du ELAk, hots, EEPen

koak diren eta mendeakotasunen bat dutenen kopurua.

benetako egoerara egokitu, kontuan hartuta gora egin duela patologia antze- Horretarako, aldatu egin behar dira paziente-ratioak ezartzeko irizpideak, eta

ere, zenbat eta hobek lan-baldintzak, orduan eta hobea zerbitzuaren kalitatea. kin aurre egin diezaien bere jarduerari, eta behin-behinekotasunik gabe. Izan Giza baliabide gehiago eskatzen du ELAk, Osasunbideak bere langile propioe-

finakoak ez direla nahikoa jarduerari aurre egiteko.

Gainera, langileen erdiak behin-behinekoko izateak garbi erakusten du langile

Handia da Osasunbidearen jarduera-maila. Ez, ordea, baliabideena.

## **2. a) Areagotzea langile-kopurua eta baliabide materialak.**

## **2. - LAN-BALDINTZAK HOBETZEA**

eragiteko.

razko trebakuntza-ikastaroetarako, SNS-O-ko ordezkapenetarako partidei ez Halaber, ELAk eskatzen du aurrekontuko partida espezifikoko jartzeko euska-

mende soilik.

Osasunbidearen euskalduntzea ezin da utzi langile bakoitzaren borondatearen

euskaraz jasotzeko eta euskaraz jarduteko herritarrek duten eskubidea.

ELAk exijitzen du errespetatzeko osasun-sistema publikoan edozein zerbitzu

### **1.f) Osasun-zerbitzua euskaraz jasotzeko eskubidea.**

ko adinako egitura duen osasun-sistema bat.

ELAren ustez, dagoen eskari guztia asetzeko gai den osasun-sistema bat eraiki behar da, "gizalana" eta antzeko jardueraz baliatu gabe; premia guztiak asetze-

Osasun-sistema publikoaren kudeaketa dela-eta, sistema horrek ezin du bere gain hartu osasun-alorrek sortzen duen lan-karga guztia, eta sektore pribatura bidertzen du kudeatu ezin duena.

Erabaki politiko horrek dakar osasun-sistema pribatuarekin ituntzea zehar baita osasun-zerbitzu; izan ere, zehar baita txikiagoa izan premia! aurre egiteko sektore publikoaren ahalmena, orduan eta handiagoa sektore pribatuaren esku hartzea.

Kontu Ganberak berak egiaztatzen duenez, itunen helburua ez da dirua aurrezte, gastua areagotu egiten baitute. Gainera, ezin da kontrolatu sektore pribatuaren esku utzitako eremua (kasu honetan, San Juan de Dios Ospitalea).

Zalantzarik gabe, sektore pribatuaren publikoaren kontura ari da aberasten zerbitzu-bideratzei eta itunei esker.

Horregatik, hau exijitzen du ELA: betan behera uzteko zerbitzu bideratzea eta itun-politika; era berean, argitasun handiagoa eskatzen du, hau da, informazio osasun-alorreko enpresa pribatu guztiekin egiten diren kontratu eta itunen kos-tuez, bai eta osasun-sistema pribatura bideratzen den diru publiko guztiaz ere.

**1. e) Arratsaldeko aparteko orduak bertan behera uztea.**

Dagoen eskari osoa ezin duela baliatzen da administrazioa arratsaldeko aparteko orduak, eta Osasunbideko zehar baita lagunek etekina atertzen diote sistema horri.

Honetan datza "gizalari" deritzen sistema horri: Osasunbideko zehar baita profesio-nalek aparteko orduak egiten dituzte, edo beste profesio bati bideratzen dioten pazientek artatzen, pizgarri ekonomikoaren truke.

Guztiz kritikagarria da sistema horretan baliatzea administrazioa eskaria asetzeko Osasunbideko duen ezintasun esturkturalaren arazoari aurre egiteko, osasun-arloko zehar baita profesionalen politikoak bidez bide batez.

Jakina, osasun-zerbitzuaren kalitateak ezinbestekoa du langilean lan-baldintzak kalitatekoak izatea. Baina horrelako jokabideek kalte egiten diote zerbitzuaren kalitateari, langile jakin batzuen gehiegizko lan-kargaz baliatzen baitira.

Gainera, administrazioak ez du inolako kontrolik, eta gerta daiteke justifikaziorik gabeko egoeretan ere erabiltzea "gizalari" sistema horri.

Kritikagarria da, halaber, alor horretako argitasunik eza. 2008an (urte horretakoak dira azken datuak) 6,2 milioi euro gastatu ziren 1.810 lagunen "gizalari" ordain-tzen, hots, batez beste 3.140 euro jasoz zuten arratsaldeko aparteko orduak egiten zituen bakoitzak.

## 1. d) Informazioa eta itunak murriztea.

**6.- PROPOSAMENAK****1. SARE PUBLIKOA SUSTATZEA****1. a) ELGEn batezbestekora parekatzea,**

Nafarroako Gobernua BPGaren 2,1 puntu igo behar luke osasun-alorreko gastu publikoa EB-28ko batez besteko gastura parekatzeko, hots %44,7 areagotu behar luke (430 milioi eurotik gora urtean).

Agintean dagoen gobernuaren borondatearen eta lehentasun politikoaren men-degon ohi dira gastu eta inbertsio publikoak, bai osasun-alorrekoak bai beste edozeinetakoak. Beraz, ez dago inongo arrazoirik Nafarroa izateko osasunean gastu publikorik txikienetakoa egiten duen EB-28ko herrialdeetako bat.

**1. b) Osasun-sistema publikoaren sarea sustatzea.**

Pribatizazio- eta itun-politikak dira nagusi osasunaren arloan.

ELAren iritziz, ordea, eskubide bat da osasun-sistema publikoa, ez merkataritza-alor bat. Horregatik, pribatizazio- eta itun-politikak bertan behara uzteko existzen du, eta kalitatean eta berdintasunean oinarritutako politikak bultzatzeko. Zehat urrats eman dira norabide horretan: besteak beste, sistema publikoaren esku daude berritzaileetako sukaldaritza-zerbitzua eta osasun-sistemako garrarioak; bertan behara utzi dira erakunde pribatuekin sinatutako zenbait itun, eta sistema publikora itzuli dira zerbitzu horiek... Dena dela, badago zer egina oraindik ere, azpikontratutako enpresa pribatuez baliatzen baita administrazioa beronen ardurapean egon behar luketen eta langile publikoak kontratatuta eskaini behar liratekeen zenbait zerbitzu emateko..

**1. c) Zabaltzea osasun-sistema publikoaren estaldura.**

Osasun-sistema publikoak ez ditu betetzen oinarritzko premia guztiak; adibidez, aho-hortzetako osasun-arazoak, edo zaintza aringarriak, zeinak ez baitira sartzen eskaintzen diren estaldurretan, edo ez behar adinako hedaduraz.

Bien bitartean, bizi-bizirik diraute itunek eta osasunaren lepora egiten diren negozioek, eta are biziago sektore publikoak estaltzen ez dituen zenbait alortan (zaintza-lanetan eta zaharren egoitzetan, adibidez). Hori dela-eta, sektore pribatura jo behar izaten dute herritarrek, zaintza horiek ordaindu ditzaketenek behintzat.

ELAren iritzian, ezinbestekoa da sistema publikoak Nafarroako herritarren oinarritzko osasun-premia guztiak asetzea..

## 5.- ONDORIOAK

Nafarroako osasun-sistema publikoaren egoeraren zenbait alderdi aztertutugutxosten honetan, eta ondorio hauek ateratu ditugu:

■ Ez da behar adina gastatzen osasun-sistema publikoan. %40,7 igo beharke litzateke gastua Europako herrialdeetako batezbestekoarekin parekatzeko.

■ Jarduera-mailak, berriz, oso altua izaten jarraitzen du, haren adierazlearen arabera.

■ Mila biztanleko dagoen ohe-kopurua ELGEko batezbestekoa baino %34 txikiagoa da.

■ Osasun-sistema pribatuarenak dira 10 ospitale-ohetik lau.

■ Azken urteotako bide beretik jarraitzen du osasun-sistema pribatuarikiko itun-politikak (64 milioi euro), eta areagotu ere egin da azken urtean.

■ Onartezina da Osasunbideko langileen behin-behinekotasun tasa. Urterik urte hazten jarraitzen du behin-behinekotasun tasak, eta aldi baterako kontratua du langileen erdiak.

■ Kezagarria da Osasunbideko langile finkoen batez besteko adina: % 57k 51 urte baino gehiago ditu, eta datozen bost urteotan bost langile finkotik batek erretiroa hartuko du.

■ Emakumezkoak dira Osasunbideko lau langiletik hiru, baina askok ere txikiagoa da portzentaje hori soldata handienak dituzten postuetan (fakultatibo espezialistak).

■ Kontu Ganberaren arabera, EFP baterako delaldia egin behar da behin-behinekotasun tasa jaisteko eta dagokion mailan uzteko.

■ Osasun-langileak esleitzeko erabiltzen diren ratio kuantitatiboek ez dute errealtatea islatzen, gora egin baitu patologia anitzeko pazienten kopurua eta mendekekotasunen bat dutenena. Hori dela-eta, sail jakin bateko langileek beste sail batzuetara jo behar izaten dute, patologia anitzeko pazientek artatzen. Are okerragoa bihurtzen du egoera hori langileen adina etengabe handitzeak.

Hona hemen aipagarrienak:

\*2016an, aldi baterako 42.078 kontratu egin ziren 6.820 laguntzat, hots, batez beste sei kontratutik gora pertsonako.

\*1raupen laburrekoak izan ziren kontratu horietatik % 95, eta ia erdiek (% 49,5) egun baterako edo birako ziren.

\*Kontratuaren % 10,7k bakarrik zeukaten sei hilabetetik gorako iraupena.

\*2016ko abenduaren 31n, % 51koa zen behin-behinekotasun indizea, zeinak % 8 egin baitzuen gora lau urtean.

\*Azken bost urteotan, bikoiztu egin da plaza hutsen kopurua.

\*% 23 igo da aldi baterako kontratuen kopurua.

\*% 12 egin du behera funtzionarioen, lan-kontratu finkodun langileen eta estatutu-peko langileen kopurua.

#### 4.4- Inguruneko batezbestekoaren azpitik osasun-alorreko langile-kopurari dagokionez.

Osasun-alorreko jarduerak eragiten duen karga neurtzeko, langile-kopurua ere zenbatu behar da.

Adibide bat aipatzearren, Nafarroako erizaintzako pertsonalaren kopurua (erizaintzako laguntzaileak barne direla) eta pertsonal medikoarena ELGEko eta Europako herrialdeetako batezbestekoaren azpitik dago (osasun-sistema publikoa eta pribatua kontuan hartuta).

Nafarroan, 1.000 biziainleko 6,8 da erizaintzako pertsonalaren ratioa; ELGEko batezbestekoa, berriz, 9. Nafarroako ratioaren gainetik dau de Europako herrialde gehienak, Suitza (18), Norvegia (17,3) eta Danimarka (16,7) buru direla; azpitik, berriz, zortzi estatu daude: Grezia (3,2), Letonia (3,2) eta Espainiako Estata (5,3), besteak beste. Pertsonal medikoaren ratioari dagokionez, 1.000 biziainleko 2,9 da Nafarroakoa; ELGEko batezbestekoa, berriz, 3,4. Europa hurbilean, hiru estatuk bakarrik dute ratio txikiagoa: Erresuma Batuak (2,8), Esloveniak (2,8) eta Poloniak (2,3).

Kontu Ganberak txosten bat argitaratu zuen 2018ko martxoan, 2017-2017 epean SNS-O-n zegoen behin-behinekotasun mailari buruzkoa.

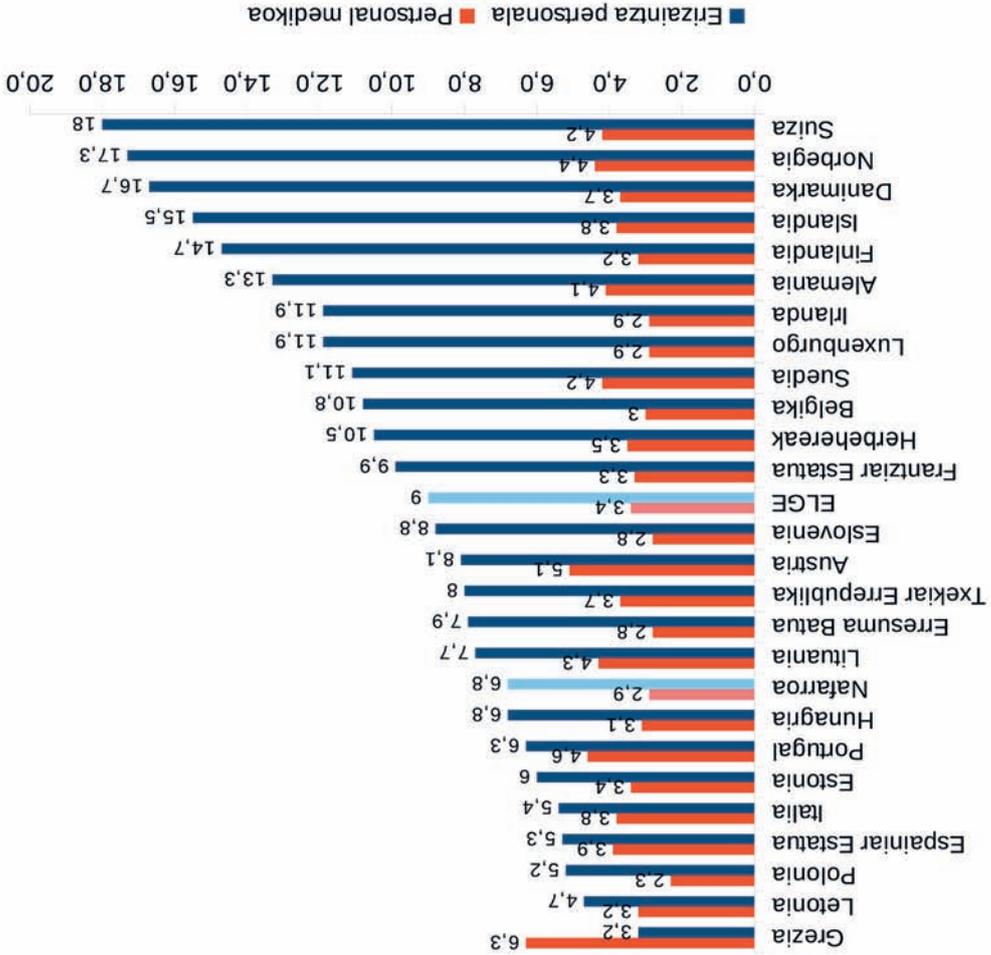
Hau izan zen Kontu Ganberaren ondorio nagusia: "Enplegu-eskaintza publiko bat onartu behar da, Osasunbideko behin-behinekotasun maila gutxitzeko"; Zenbat datu ematen ditu txostenak Osasunbideko aldi baterako kontratazioaz.

#### 4.5- Kontu Ganberak dio EFP bat egin behar litzatekeela behin behinekotasuna gutxitzeko.

Kontu Ganberak txosten bat argitaratu zuen 2018ko martxoan, 2017-2017 epean SNS-O-n zegoen behin-behinekotasun mailari buruzkoa.

Hau izan zen Kontu Ganberaren ondorio nagusia: "Enplegu-eskaintza publiko bat onartu behar da, Osasunbideko behin-behinekotasun maila gutxitzeko"; Zenbat datu ematen ditu txostenak Osasunbideko aldi baterako kontratazioaz.

**Eritzaintzako pertsonala, 1.000 biztanleko (erizaintzako laguntzailak barne  
direla), 2015**



Iturria: ELGE (Health at a Glance): Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizateko Ministerioa (Ospitaleei buruzko Informazio Estatistikoa: Arreta Espezializatuko Osasun Zentroen gaineko Estadistika).

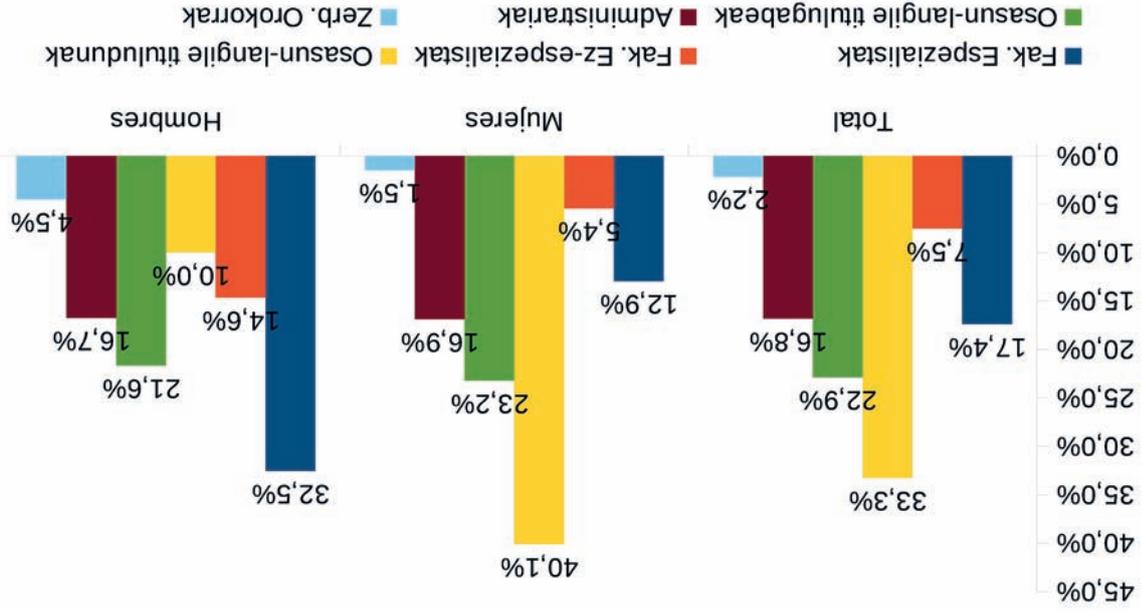
%33,3 (herena); %22,9, osasun-langile titulu-ga-beak (zeladoreak, zaintzailak eta abar), %17,4 fakultatibo espezialistak, eta %7,5 fakultatibo ez-espezialistak. Administrazio eta zerbitzu orokorretako langileak, berriz, %16,8 eta %2,2 dira, hurrenez hurren.

Osasunbideko langile finkoak maila profesio-nalaren eta sexuaren arabera azterketak, sektore feminizatuak eta maskulinoak zein diren erakusten ditu. Emakumeen artean, "osasun-langile tituluduna" (erizainak, OLTak eta

abar) da maila profesional hedatuen (emakumeen %40); gizonen artean, berriz, "fakultatibo espezialista" (gizonen % 32,5; medikuak, besteak beste).

Adibide bat jartzearen, fakultatibo espezialistatik %42,5 dira gizonetzkoak, baina langile finko guztien artean gizonen portzentajea %22,7 da; aldiz, osasun-langile tituludunetatik %93,8 dira emakumezkoak, baina langile finkoen artean %77,3 dira emakumeak.

Iturria: SNS-O-ren 2017ko memoria



SNS-O-ko langile finakoak, maila profesionalaren eta sexuaren arabera (gutziaren %). 2017

nezkoak, berriz, % 20,9 (2.145). Langile finakoak, bestealde, 5.200 ziren; horietatik % 77,3, emakumezkoak. Beraz, txikiagoa da emakumeen portzentajea SNS-O-ko langile finakoan artean. 2017an, 10.227 lagun ari ziren lanean Osasunbidan. Arreta espezializatua ari zen langileentzen %71; lehen mailako arretan, %22; osasunmentallean, %4, eta zerbiztu zentraletan %3. Osasun-langile tituludunak dira Osasunbidarekin lan-harreman finakoa duten 5.205 lagunetatik

Egoera ikusirik, ikaragarria da datoen urteotarako erretiratzeakoa den langile-kopurua: aurrelari kuspeneren arabera, Osasunbidako 964 lagunek hartuko dute erretiroa. Hau da, langile finakoan % 18,5 erretiratuko da datoen bost urteotan (5.205 lagun).  
4.3- SNS-O-ko sektore feminizatua eta maskulinoak.  
2017 urtean lanean ari ziren 10.227 lagunetatik, % 79,1 (8.132) emakumezkoak ziren; gizo-

Iturria: SNS-O-ren 2017ko memoria

Langile-kopurua, gutzira	Finkoak	
	Emakumeak	Gizonak
10.277	8.132	2.145
20,9%	79,1%	20,9%
5.205	4.022	1.183
	77,3%	22,7%

SNS-O-ko langileak, kontratazio-motaren eta sexuaren arabera (2017)

*Iturria: SNS-O-ren memoria*

2018	2019	2020	2021	2022	Guztira
100	159	201	251	253	964

**2018-2022 epean erretiroa hartzeak direnak**

plaza hutsak betetzeko eta personal-premiak asetzeko.

Oso larria da hain handia izatea behin-behinekotasan tasa zuzenean Nafarroako Gobernua-ren mendekoa den alor batean. Osasunbideko behin-behinekotasun tasa (%49,4) handiago da Nafarroako sektore pribatuko 2017ko laugarren hiruhilekoko batezbestekoa baino (%21,9), eta ia 3,5 aldiz handiago EBko batez besteko behin-behinekotasun tasa baino (%14,3 2017ko azken hiruhilekuan), 35,1 puntuko alde batago batetik bestera.

Are kezagarriagoa da, bestalde, langile-kopuruak azken urteotan izan duen bilakaera. Hamarkada honetako langile-kopururik handiena 2017koa izan du Osasunbideak, baina,aldi berean, langile finkoen kopuru txikiena ere urte

*Iturria: SNS-O-ren 2017ko memoria*

	Emakumeak	Gizonak
66-70	0,01	0,04
61-65	9,02	3,76
56-60	17,56	4,74
51-55	17,58	5,01
46-50	14,24	4,36
41-45	12,18	2,92
36-40	5,73	1,4
31-35	1,1	0,26
>30	0,05	0,02

**Langile finkoak, adin-tartearen eta sexuaren arabera (%). 2017**

horretan izan du (2011 baino ia mila lagun gutxiago). Hori dela-eta, izugarri igo da behin-behinekotasun tasa: 5,4 puntu azken urtean, eta 10,2 puntu 2011tik.

Gainera, 2016tik 2017ra langile-kopuruak izan duen igotzeraren zati honek eragina da, Ospitale konplexuko sukaldak sistema publikora itzuli izanak (2017ko apirilean berreskuratu zuten Osasunbideak zerbiztu hori).

#### 4.2- 51 urtetik gora dituzte NSS-O-ko langile finkoen %57k.

Osasunbideko langile finkoen adina dela-eta, hona hemen zenbat datu adierazgarri:

\*51 urtetik gorakoak dira langile finkoen % 57,7.

\*61 urtetik gorakoak % 12,8 dira; 40 urtetik beharera, berriz, % 8,6.

\*51 eta 60 urte bitartekoak dira langile finkoen % 44,9.

\*% 0,07 bakarrik dira 30 urtez beharera.

*Iturria: SNS-O-ren memoria*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Langile-kopurua, guztira	9.950	10.160	9.650	9.513	9.590	9.733	9.613	10.277
Langile finkoak	5.601	6.177	6.130	5.966	5.753	5.643	5.380	5.205
Behin-behinekotasun tasa	43,7	39,2	36,5	37,3	40,0	42,0	44,0	49,4

**SNS-Osasunbideko langile-kopuraren bilakaera, kontratazio-motaren arabera (2010-2017)**

Aldi baterako kontrataua duten 5.072 lagun horietatik, 2.230 ordezkapenak egiteko daude kontratatuak; gainerakoak (2.842 lagun, %56), berriz, aldi baterako kontrataua dute Osasunbideko ia langileen erdiek (%49,4, hots, 5.072 lagun).

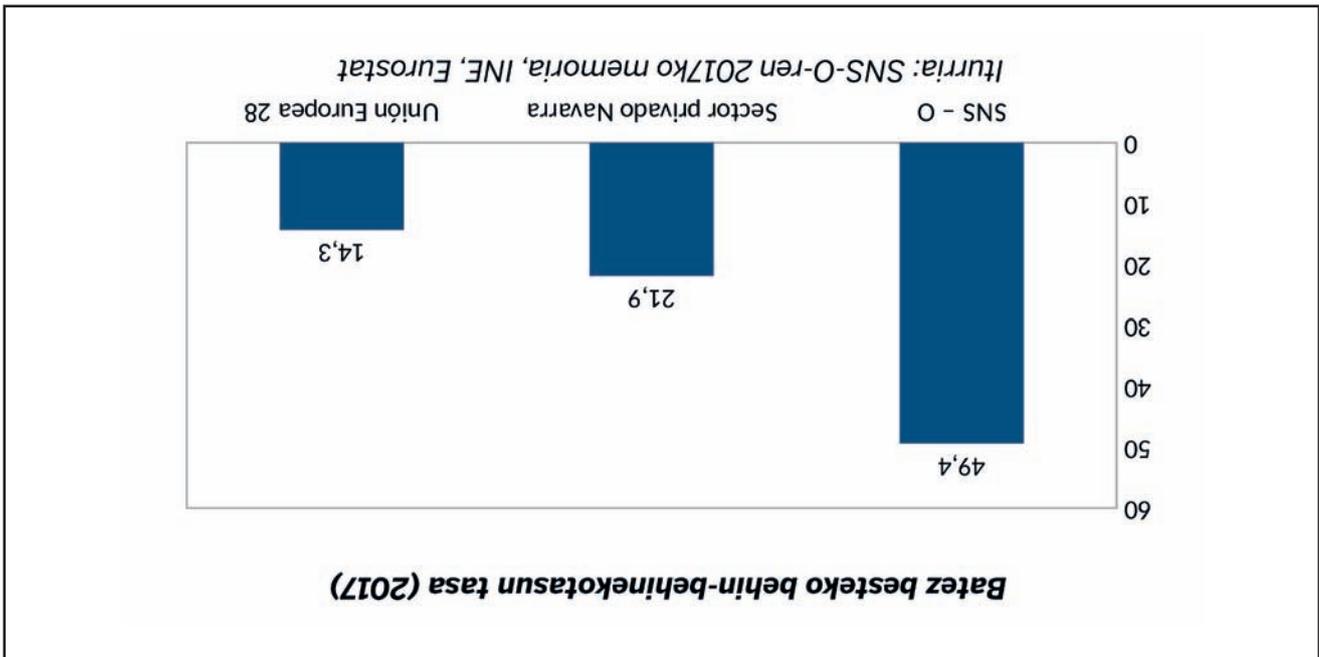
**4.1- Aldi baterako kontrataua dute ia langileen erdiek.**

Bitarteko adierazten duenez, 2019ko aurrekontuan aurreikusitako gastua azken urteetakoaren antzekoa da, urte batzuetan askoz handiagoa izan bada ere bideratzeek eta itunek eragindako gastua (2010ean, 77,9 milioi; 2012an, 71,5 milioi, eta 2015ean, 70,2 milioi).

Bitarteko adierazten duenez, 2019ko aurrekontuan aurreikusitako gastua azken urteetakoaren antzekoa da, urte batzuetan askoz handiagoa izan bada ere bideratzeek eta itunek eragindako gastua (2010ean, 77,9 milioi; 2012an, 71,5 milioi, eta 2015ean, 70,2 milioi).

Bitarteko adierazten duenez, 2019ko aurrekontuan aurreikusitako gastua azken urteetakoaren antzekoa da, urte batzuetan askoz handiagoa izan bada ere bideratzeek eta itunek eragindako gastua (2010ean, 77,9 milioi; 2012an, 71,5 milioi, eta 2015ean, 70,2 milioi).

**4. EZIN DA EMAN ZERBITZU PUBLIKO EGOKIRIK LAN-BALDINTZA ONIK EZ BADAGO**



Iturria: 2009-2017 epeko Nafarroako kontu orokorrak; 2018ko Nafarroako Aurrekontu bateratua, 2019ko Aurrekontua

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Prestazioak eta zerbitzuak	77,9	63,1	71,5	62,4	64,0	70,2	67,6	61,5	64,1	66,5

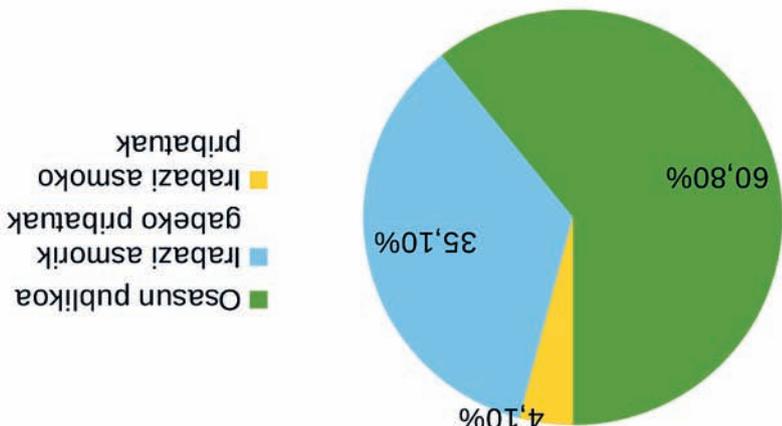
**Osasun-sistema pribaturako bideratzeak eta harekiko itunek eragindako gastua. Nafarroa, 2010-2019**

Osasun-sistema pribatuarenak dira Nafarroako ospitale gehienak (11tik 7); ohe gehienak (%60,8), berriz, osasun-sistema publikoarenak. Gastua da osasun-sistema publikotik pribatura zenbat paziente bideratzen den eta bi sistemen artean zer itun dauden aztertzeko moduetako bat. 2019ko aurrekontuan, 66,5 milioi eurokoa da bideratzea eta

**3.- OSASUN-SISTEMA PRIBATUAREKIKO ITUNAK: AZKEN URTEOTAKO BIDEKIKO**

farroako osasun-sistemako 2.312 oheetatik, %60 bakarrik dira osasun-zerbitzu publikokoak. Gainerakoetatik, % 35,1 irabazi-asmorik gabeko erakunde pribatuena dira, eta %4,1 irabazi-asmoko erakunde pribatuena. Hau da, osasun-sistema pribatuarenak dira ospitale-ohetatik %39,2. Osasun-sistema pribatua, ohe-portzentaje handiagoa dago Nafarroan Espainiako Estatuan baino, non osasun-sistema publikoarenak baitira ohean %68,2, eta osasun-sistema pribatuarena gainerako %31,8a (Nafarroan baino 7,4 puntu gutxiago).

Iturria: Osasun, Kontsumo eta Gizarte Ongizateko Ministerioaren Ospitale Katalogo Nazionala



**Ospitale-ohenen banaketa. Nafarroa, 2017**



**Itxarote-zerrenda, egunen eta zain dagoen jendearen arabera. Nafarroa, 2010-2017**

Iturria: SNS-O-ren memoria

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Lehen kontsulta	Itxarote-egunak	22	28	45	69	69	59	47
	Zain dagoen jende-kopurua	25.174	35.089	36.835	54.804	55.695	49.926	35.498
Kirurgikoa	Itxarote-egunak	70	90	134	125	102	100	98
	Zain dagoen jende-kopurua	7626	9.539	10.512	9.187	9.452	9.272	8.974

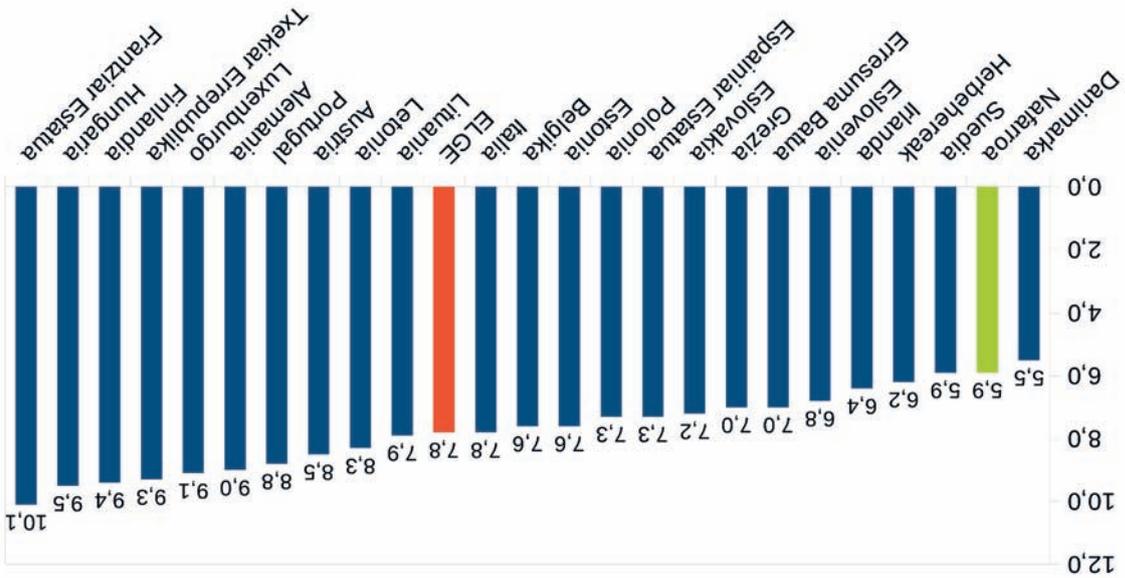
Azken urtean behera egin du itxaron beharreko egunen kopurua bai lehen kontsultan (5 egun gutxiago, batez beste), bai kirurgiarako itxarote-zerrendan (25 egun gutxiago). Azken urteotako bilakaera aztertuta, aldiz, hona ondorioa: asko igo da itxarote-epaia 2010-2011 urteekin alderatuta (ia bi aldiz handiagoa, zenbat kasutan).

Itxarote-zerrendan dagoen jende-kopurari dagokionez, 2017an 30.955 lagun zauden lehen kontsultaren zain arreta espezializatuan, eta 7.643 ebakuntza kirurgikoen zain.

Bilakaerak erakusten duenez, nabarmen gutxitu da azken urteotan itxarote-zerrendan dagoen jende-kopurua: % 44,4 lehen kontsultan, eta % 19,2 ebakuntza kirurgikoetarako itxarote-zerrendan, 2014tik (urte horretan egon zen jende gehiena).

Hala eta guztiz ere, 2010ean % 18,7 txikia goa zen lehen kontsultaren zain zegoen jende-kopurua, eta kopuru ia berdera jarduera kirurgikorako zain zegoena.

Iturria: ELGE (Health at a Glance), SNS-O-ren 2015eko memoria



Ositalerako batez besteko egonaldia, ELGE, 2015

**Ematen den zerbitzaren kantitatea eta bilakaera. Nafarroa, 2010-2017**

*Iturria: SNS-O-ren memoriak*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Okupazio-indizea	72,0	71,4	71,9	72,1	73,6	75,2	73,8	73,2
Errotazio-indizea	43,5	43,9	44,7	44	45,8	46,2	45,6	45,9
Batez besteko egonaldia	6	5,9	5,9	6	5,9	5,9	5,9	5,8

Osasun-sistema publikoan, 5,8 eguneko da batez besteko egonaldia, urtebete lehenago baino 0,1 egun gutxiago. Gainera, etengabe ari ospitalean egindako batez besteko egonaldiei dagozkien datuak alderatuz gero, hona emaitza: Nafarroan askoz azkarrago ematen dute alta Eu-ropako gainerako herrialdeetan baino. 2015ean, 5,9 eguneko izan zen, Nafarroan, ospitaleko batez besteko egonaldia; ELGeko batezbestekoa, berriz, 7,8 eguneko. Danimarkak bakarrik izan zuen Nafarroa baino batez besteko egonaldi laburragoa (5,5 egun). Beste muturrean, berriz, Frantzia dugu: 10,1 eguneko batez besteko egonaldia.

**2.2- Itxarote-zerrendak.**

2017an, 42 egun izan zen batez besteko itxaroteko lehen kontsultarako, eta 73 egun arreta kirurgikorakoa laguntza espezializatuko sarean.

orduan eta astunagoa osasun-zerbitzu publikoak jasaten duen karga.

Bilakaerak, berriz, adierazten du behera eginda okupazio-indizeak azken bi urteotan (bi puntu gutxiago); dena dela, bere horretan dirau tasaren batezbestekoak (% 73,2) 2009tik.

Errotazio-indizeak, bestalde, ospitaleratutako jende-kopurua eta ohe-kopurua uztartzen ditu, hau da, zenbat jende igarotzen den ohe bakoitzetik urtean zehar.

2017an, % 45,9 izan zen errotazio-indizea, aurreko ekitaldian baino 0,3 puntu handiagoa (bigarren tasarik handiena, 2010az geroztik, 2015ekoaren atzetik).

Betez besteko egonaldiak, berriz, paziente bakoitzak ospitalean ematen duen batez besteko egun-kopurua adierazten du. Indize horrek behara egiten badu, hau esan nahi du: azkarrago ari direla ematen bajak.

**Jardura-adierazleak eta haien bilakaera. Nafarroa, 2010-2017**

*Iturria: SNS-O-ren memoriak*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I. mailako arreta: erabilera-maiztasuna	4,85	4,84	4,77	4,74	4,84	4,95	5,05	4,97
Ospitaleratzeak	58.330	58.424	56.797	54.506	55.242	55.630	55.880	55.443
Larrialdiak	239.027	245.255	238.468	238.387	242.479	245.881	254.647	252.608
Kontsultak	1.021.058	1.000.549	971.863	945.134	964.853	960.218	986.134	978.366
Jardura kirurgikoa	45.038	44.430	39.288	38.558	36.315	38.256	39.353	40.214

2017an, 4,97 izan zen erabilera-maiztasuna (biztanleko eta ureko batez besteko kontsul-ta-kopurua) lehen mailako arretan, hau da, medikuntza orokorrean eta pediatrian. Azken urtean 0,08 puntu egin zuen behera indize

### 2.1.- Jarduera-adierazleak.

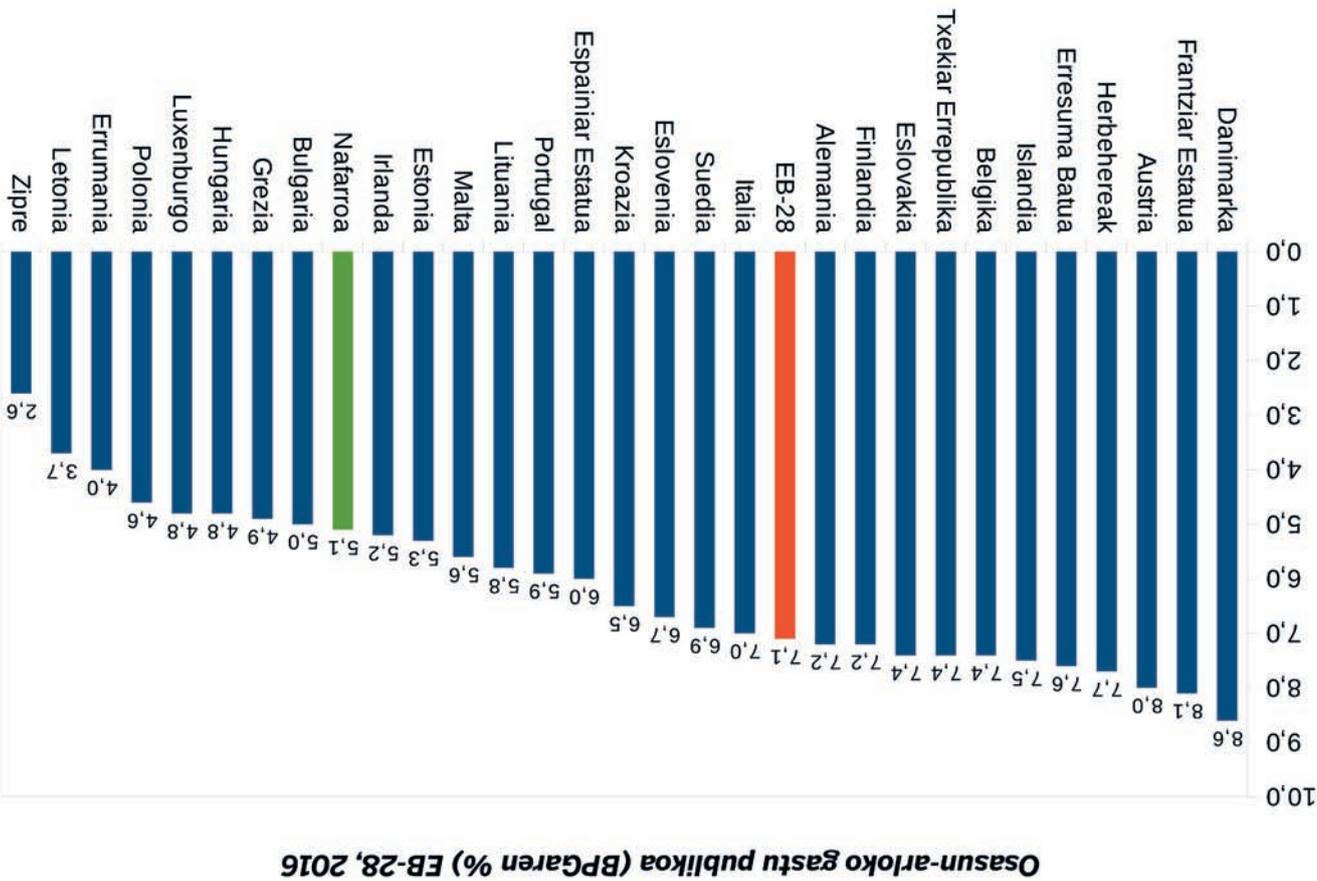
Nafarroako Osasun Zerbitzuak urtero egiten duen memoria-ko adierazleetan daude jasota Osasunbi-dearen jarduera-maila eta haren bilakaera. 2017ko Jarduera-datuak dagokienez, zenbat indizeren bidez aztertuiko ditugu azken urteotan Osasunbi-deak eman duen zerbitzuaren kantitatea eta bilakaera.

Jarduera kirurgikoak, aldiz, % 2,2 egin zuen gora 2016tik 2017ra; hala eta guztiz ere, 2010 eta 2011koa baino txikiagoa izan zen indizea. Jarduera kirurgikoak, aldiz, % 2,2 egin zuen gora (254.647tik 252.608ra), baina artatutako larrialdi-kopurua hamarkada honetako handiene-takoa izaten jarraitzen du. Arreta espezializatuko larrialdietan, berriz, % 0,8 egin du behera indizeak azken urtean handienetakoa izaten jarraitzen du. horrek, baina hala eta guztiz ere azken urteotako

Alderaketa horrek erakusten digunez, osasun-alorreko gastua ez da aski Nafarroako premiak —geroz eta handiagoak— asetzeko. Aldatu beharra dago gastu-joera, Europako batezbestekoarekiko defizita txikiagotzeko.

### 2.- OSASUNBIDEA: JARDUERA-ADIERAZLEAK

Iturriak Nafarroako Gobernua, Nastat, Eurostat



# NAFARROAKO OSASUN SISTEMA PUBLIKOAREN EGOERARI BURUZKO TXOSTENA

BPGaren % 5,1 da hori, azken bi urteetan adina.

Dena den, % 1,4 igo da Osasun Sailaren gastua, baina BPG nominala % 4,4 haziko del aurreikususten da.

Bilakaera horrek adierazten digunez, gastua 51,2

milioi euro hazi da 2010etik hona (urte hortatik

aurrera murrizketa larriak egin ziren). Baina gastua

BPGarekin alderatuz gero, gastua BPGaren % 5,6tik

%5,1era pasa da. 2019an 2010ean BPGarekiko egin

zen gastua berdintzekotan, beste 107,3 milioi euro

gehiago gastatu beharke lirateke

Europar osasun-alorrean egiten den inbertsioare-

kin alderatuta, nabarmen urria da Nafarroako gastu

publikoa. Osasun-alorreko gastu publikoa BPGaren

%5,1 bakarrik zen Nafarroan 2016an; EB-28koaren

batezbestekoa, berriz, % 7,1, eta Frantziakoa,

adibidez, % 8,1. Hori dela-eta, EB-28 osoko azken

postuetan zebilen Nafarroa, eta 8 estatu bakarrik

zituena atzetik: Bulgaria, Grezia, Hungaria, Luxen-

burgo, Polonia, Errumania, Letonia eta Zipre.

BPGaren bi puntukoa da gastu-alde hori, eta

Nafarroan 2019an osasun-arloan egin zen gastua

EBkoaren batezbestekoarekin parekatzeko, beste

429,2 milioi euro beharke zituzkeen aurrekontuak,

zeina 1.087,3 milioi eurokoa izan baitzen.

## 0-SARRERA

Ezinbestekoa dugu osasun-sistema publikoa ber-

dintzanezko gizarite-eredu bat izateko eta herritar

gutxien bizi-kalitatea bermatzeko. Beste era batera

esanda, ezin da lortu bidezko gizariterik herritar

gutxiak artatzeko gai den osasun-sistema publiko-

rik gabe.

Horretarako, etengabe azertu behar da gure

osasun-sistema publikoa, eta ingurukoekin aldera-

tu, ondorioak atera eta hura hobetzeko proposame-

nak egiteko.

Horixe da, hain zuzen ere, dokumentu honen

helburua: herritar gutxiak artatzen dituen kalita-

te handiagoko osasun-sistema publiko baterantz

jozea. Izan ere, ezin da kalitateko zerbitzurik eman

lan-kondizio egokirik ez badago.

## 1- EUROPA OSOKO GASTURIK TXIKIENETAKOA OSASUN-ALORREAN

2019rako aurrekontuan 1.087,3 milioi euroko gastua aurreikusuten zen Osasun sailan, 2018an gastu-

takoa baino 15,1 milioi gehiago.

**2010-2019 epean Osasun alorrean egindako gastua (milioi euro eta BPGaren %)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Miloi euro	1.036,1	951,1	941,4	891,8	917,5	963,8	985,0	1.053,5	1.072,2	1.087,3
BPGaren %	% 5,6	% 5,1	% 5,1	% 4,9	% 5,0	% 5,1	% 5,1	% 5,3	% 5,1	% 5,1

*Iturria: 2009-2017 epeko Nafarroako kontu orokorrak; 2018ko Nafarroako Aurrekontu bateratua, 2019ko Aurrekontua*



EUSKAL SINDIKATUA



[www.ela.eus](http://www.ela.eus)



**ELAren proposamenak  
lan-baldintza duinak  
bermatuko dituen  
osasun sare publikoa  
indartzeko**

**NAFARROAKO OSASUN  
SISTEMA PUBLIKOAREN  
EGOERRARI BURUZKO  
TXOSTENA**