

## EDITORIALA

### Irekitako bidea, erakusgarri

Salbuespenak salbuespen, urteak dira Euskal Administrazioak bere kabuz, bere harrokeriaz, funtzio publikoaren langileontzako lan baldintzak inposatzen dituela modu batez edo bestez. Azken urteotan beti izan du CCOO bidailagun zintzo eta otzana, administrazioaren esanetara men egiteko prest egon delarik.

Urteroko ohiturari jarraikiz, administrazioak erritmoak, egutegiak, edukiak eta bidailagunak nortzu diren erabakitzen ditu mahai orokorraren negoziatorako. Itxurazko negoziatzaioa da hau, ordea, berak nahi duen unean bukatu egiten baita, baldintzak inposatuz edota gutxiengoarekin sinaturik, halako zilegitasun itxurarik eman nahian edo.

Horren harian datorkigu, hain zuzen, Osakidetza burutu berri dugun lan dinamika. Mahai orokorreko inposaketa onartu ez eta sektoreko arazo eta aldarrikapenei eusteko borondate irmoa azaldu dugu. Aurreko bi hilabeteetan sektore honetan joraturiko ekintza sindikalak bide argia erakutsi digu sektore publikoaren langile orori.

Adibide xumea baina adibide eraginkorra, eredugarria izan da Osakidetzako langileona. Asko ikasi beharra dugu gaintzeko sektoreetan. Aitzakiak, errezeloak, ezintasunak eta abar alde batetara utziaz, administrazio honek Osakidetzaz bezalako borroka asko merezi ditu.

Daramagun bidea ez da egun batekoa. Gobernu osaketa dago bitartean, baina gure tresnak, gure indarrak biltzen joan behar dugu datozen kontseilariak bestelako jarrera eta ekimenak ager ditzaten. Zorionak, bada, Osakidetzan lan egiten duen pertsonalari, harrokeria eta inposaketari duintasunez erantzun diolako eta sektore publikoaren langile ororentzat bidea erakutsi digutelako.

# Seguimos en la lucha

La huelga general del sector del 8 abril en defensa de una mejora en las condiciones de trabajo y de la calidad del sistema sanitario ha sido un paso histórico, además de un éxito. Esta situación no la hemos vivido en nuestro sector en 17 años, por eso nos parece que es histórica. El proceso de movilizaciones y de huelgas parciales, iniciado en junio de 2004, ha sido un proceso interesante que ha ido colocando a cada actor en su sitio.

## LAS RAZONES DEL CONFLICTO

Desde ELA hemos venido haciendo un diagnóstico del sector como sindicato de clase, y lo hemos hecho en dos planos: el que se refiere a las condiciones de trabajo del personal y el del modelo sanitario que la Administración vasca quiere imponer al conjunto de la sociedad.

En estos dos sentidos nuestros responsables políticos no priman la calidad del servicio, consideran al paciente como a un cliente, y toman en escasísima consideración la particular aportación humana de los y las trabajadoras del sector. Para los responsables políticos recortar en lo posible la dedicación presupuestaria a la sanidad es un valor en sí mismo, una exigencia de "su" racionalidad económica y una prioridad. Esto explica que en términos de PIB el gasto sanitario de la CAPV sea el menor que el de los países del entorno.

Necesariamente esta situación de recorte presupuestario trae consigo un deterioro en las condiciones de trabajo: incremento de las cargas de trabajo un 10% en la Atención Primaria y casi un 30% en la hospitalaria, escasez de plantillas, ritmos de trabajo cada vez más acelerados, pérdida de poder adquisitivo, no reconocimiento de la realización de funciones de superior categoría... entre otros problemas directamente relacionados con el empeoramiento en las condiciones de trabajo.

Ninguno de estos aspectos, relacionados con las condiciones de trabajo, se tocan en el acuerdo firmado en minoría, por eso este es un conflicto QUE NO TERMINA AQUÍ. Desde ELA no damos por finalizada la negociación. Esta es una cuestión que está en nuestra mano el darle la vuelta.

## LA NEGOCIACION NO ESTA CERRADA: EL CONFLICTO SIGUE

Nadie, y menos desde la minoría, va a poner límite a nuestras aspiraciones de mejora. Lo que hemos hecho hasta ahora es escribir la primera parte de este proceso histórico, pero tenemos que seguir adelante. Aceptar las condiciones pactadas con la minoría supone ponerle tope a nuestra capacidad reivindicativa. Esto es precisamente lo que demuestran los firmantes: sólo son capaces de lograr lo que Osakidetza (fruto de la movilización de los otros) quiere poner encima de la Mesa.

En este sentido, se limitan a dar carta de naturaleza a los intereses de Osakidetza,



incluida la gestión rabiosamente eficiente de los recursos humanos y materiales. Esto es lo que ha venido ocurriendo en estos últimos cuatro años, y esto es lo que ha ocurrido con la firma en minoría. Osakidetza les ha cogido la medida y pretenden que su error y su debilidad la padezcamos los demás. Están equivocados.

Este primer paso tras 17 años sin habernos movilizado ha tenido un resultado excepcional. Los datos de seguimiento de las huelgas así lo indican, al tiempo que ponen de manifiesto que nuestro diagnóstico es muy certero. Por tanto, la única posibilidad es seguir trabajando hasta que logremos llevar la negociación a buen término.

Pasarán unos meses hasta que sepamos quién se hace cargo del Departamento de Sanidad, pero mientras tanto vamos a seguir haciendo cosas. Una vez celebradas las elecciones sindicales (mientras unos luchamos para mejorar todos, otros se han dedicado a...) tendréis noticias de las acciones que vamos a llevar adelante. ¡Animo y adelante!

## SEGUIMIENTO DE LA HUELGA GREBEN JARRAIPIEN MAILA

	LEHEN ARRETA ATENCION PRIMARIA	OSPITALEAK HOSPITALES
ARABA	%86	%79
BIZKAIA	%83	%76
GIPUZKOA	%89	%72
GUZTIRA	%85,5	%75,6



# La sanidad y la inversión, cuesta abajo

Las políticas presupuestarias indican que se ha ido dedicando menos a la sanidad, en tanto que las necesidades de la sociedad van incrementándose. Esta falta de dedicación presupuestaria a la sanidad tiene como consecuencia la aparición de algunos déficits que afectan, de forma directa, a la calidad del sistema.

## DEFICITS DEBIDOS A DECISIONES POLÍTICAS:

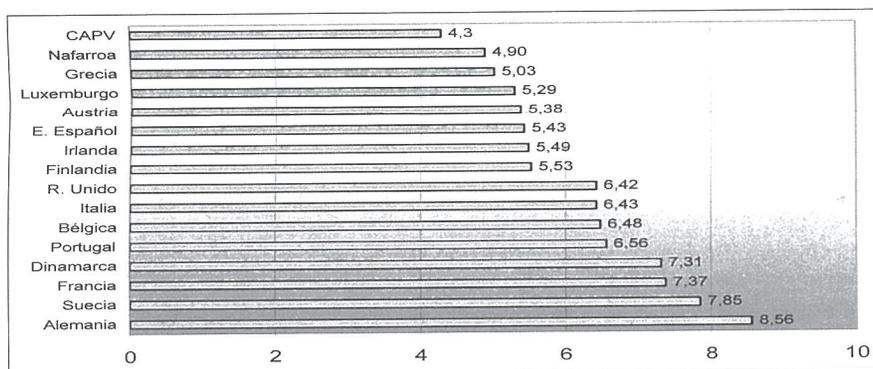
- Escasez de camas hospitalarias
- Déficit de centros de día.
- Necesidades no cubiertas (salud bucodental, salud mental y enfermedades de la vejez).
- Atención Primaria mal dotada de personal y medios.

- 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...).
- Excesivas listas de espera para determinadas especialidades.
- Peligrosas conexiones con la asistencia privada.

## EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

Según el estudio realizado por el Gabinete de Estudios Económicos de ELA sobre la evolución del gasto público sanitario, se aprecia con claridad un descenso del esfuerzo económico que desde el Gobierno Vasco se dedica a este sector. En la tabla comparativa, basada en fuentes de Eustat y del Gobierno Vasco, la CAPV ocupa la cola entre los quince países de la antigua UE en gasto público en sanidad con un 4'3%, seguida por Nafarroa con un 4'9%. La media del Estado Español es de 5'43% y la media europea se establece en un 6'3%, lo que significa que la CAPV está dos puntos por debajo, lo que en términos monetarios supone 945 millones de euros que se dejan de invertir.

Dedicación del menor gasto público en sanidad, comparado con los países del entorno  
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD (%PIB). UE-15, 2002



Fuentes: Eurostat, Eustat e Instituto de Estadística de Navarra

## EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD. CAPV, 1995-2005

	1995 (% PIB)	2005 (% PIB)	2005 (Millones E)
Gasto público en sanidad	4,5	4,3	107

Fuente: Gobierno Vasco

La evolución del gasto público en la CAPV indica que ha habido un descenso del 0'2% de 1995 a 2005.

**SECTOR HOSPITALARIO:** Esta reducción del gasto público sanitario por parte del GV se refleja en el recorte de medios humanos y materiales.

En el año 2002 en los hospitales se han invertido 160 millones de euros menos que en 1994. El efecto que esto produce en los gastos de personal es claro: en el 2002 se invierten 159 millones de euros menos en el capítulo de personal.

Sector hospitalario. 1994-2002		1994	2002
<b>Recursos económicos (Millones E)</b>			
Gasto total		791,55	1.227,25
	<b>Gasto total / PIB</b>	<b>%3,08</b>	<b>%2,73</b>
Gastos personal		526,56	763,43
	<b>Gastos personal / PIB</b>	<b>%2,05</b>	<b>%1,70</b>
		41,15	49,23

**ATENCIÓN PRIMARIA:** Lo mismo ocurre en el ámbito de la Atención Primaria. En términos generales, en 2003 se invierte casi 89 millones de euros menos, y en concreto el gasto en el capítulo de personal se reducen en 84 millones de euros.

Atención Primaria 1994-2003		1994	2003
<b>Recursos económicos (Millones E)</b>			
Gasto total		230,20	335,14
	<b>Gasto total / PIB</b>	<b>%0,9</b>	<b>%0,71</b>
			<b>88,98</b>
Gasto personal		197,66	279,32
	<b>Gasto personal / PIB</b>	<b>%0,79</b>	<b>%0,59</b>
			<b>84,86</b>

Fuente: Eustat

## Osasun sistema publikoaren joera neoliberala

# PAZIENTE GINEN; BEZERO GARA

Osasun sistema arautzeko egin diren plan estrategikoen ipar ia bakarra "bezeroa" da, eta baliabideen kudeaketa eraginkorra bilatzea dute helburu. Hala, Osakidetza esparru guztietan "kontratu-programak" ezarri dituzte. Sistema honen arabera, gunee bakoitza kudeaketa unitate bihurtzen da, aurrekontu bat eta emaitza-kontu bat aintzat hartu behar duena. Horren arabera, besteak beste, langileoi kontuen kudeaketarekin eta pertsonalarekin zerikusia duten erabakietan parte hartzeko betebeharra ematen digu.

Beraz, sarri askotan langileek ordezkapen bat osatzeko hautatu egin behar dute lanaldi osorako edo partzialeko kontratu bat egin behar denentz; zenbaitetan bajaren bat ez ordezkatu eta lana guztien artean banatu beste erremediorik ez zaie geratzen, dagokien kudeaketa unitateko emaitza-kontua behar bezala koadratzearen.

Plan estrategikoak marketing politika baten atal bat ditugu, eta helburu nagusia "bezeroari kalitatezko zerbitzua" ematean datza. Ez du axola zerbitzua nola ematen den; bai ordea "bezeroa" asebeteta geratzea. Langileek beti egin izan dute arreta hurbilekoa eta profesionala ematen, baina ahalegin hau ez zaie behar bezala ordaindu, lan baldintzak ez baitira hobetu.

Planen oinarria beharginen inplikazioa izan ohi da, eta langileak dira ere euskal osasun sistemako erabiltzaileei egiten zaizkien inkesten gakoak (jende pozik badago, batez ere langileengandik jaso duten tratuari esker izango da), baina sistema guztia eurak aintzat hartu gabe antolatzen da.

## El deterioro de las condiciones de trabajo

La ausencia de voluntad política para invertir más en Sanidad ha sido la causa de los recortes presupuestarios, la optimización y eficiencia radical de los recursos y de los cuatro años transcurridos sin acuerdo de regulación de condiciones de trabajo. Las consecuencias de esta falta de voluntad política saltan a la vista: deterioro de las condiciones de trabajo y descenso de la calidad de la atención, según explica Izaskun Garikano.

—¿Cómo se ven afectados los y las trabajadoras?

—Los y las trabajadoras no son ajenos a estas políticas. Las condiciones de trabajo, en este periodo en el que se han recortado las inversiones, se han ido deteriorando. Un ejemplo claro es el incremento en las cargas de trabajo.

—¿Hay más volumen de trabajo?

—En efecto. Según datos facilitados por Osakidetza en su Memoria 2003, en un periodo de análisis comprendido de 1994 a 2002, las cargas de trabajo se han incrementado tanto en el ámbito hospitalario como en la Atención Primaria. En el ámbito hospitalario el número de camas ha descendido en un 9'6%, las consultas externas se han incrementado en un 24'9%, las urgencias se han incrementado en un 36'7%, y las intervenciones se han incrementado el 26'5%. Mientras que en el ámbito de la Atención Primaria el número total de consultas se ha incrementado un 7'2%, el número de consultas de medicina general el 8'6%, y el número de consultas de pediatría, el 11'2%. En ambos casos son incrementos muy considerables.

—Este aumento en la carga de trabajo, ¿se ha visto acompañada por un aumento de personal?

—El aumento de personal ha sido casi nulo. En ningún caso para poder absorber las cargas de trabajo que se plantean con la calidad que se debería. La plantilla de Osakidetza es de 22.404 personas (año 2003), pero el número medio de personas empleadas ese mismo año fue de 26.846. Es decir, que hay unas 4.000 personas (un 16% de la plantilla) contratadas de manera estable que debieran ser de estructura porque de manera habitual trabajan en Osakidetza. En cualquier caso, si esto fuera así, todavía haría falta más personal, porque, como digo, este 16% no supone un apoyo extra a la plantilla.

—¿Qué pasa con la contratación temporal?

—El número total de personas contratadas en 2003 fue de 12.117. Entre



estas 12.000 personas se repartieron 106.986 contratos temporales. El nivel de temporalidad es altísimo. Si lo comparamos 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.

La gestión eficiente de los recursos, también los humanos, se convierte en un fin en sí mismo, y esto hace que la precariedad en la contratación sea muy alta (más del 20%). En muchas ocasiones una persona sustituta cubre dos huecos, cuando se procede a cubrir las sustituciones, porque como regla general las ausencias no se cubren y el trabajo se reparte entre el resto del personal.

### NULO RECONOCIMIENTO

—A lo largo del conflicto habéis ido planteando la necesidad de implantar medidas para rejuvenecer las plantillas

—Esta es una cuestión importantísima. En estos momentos la mitad del personal de Osakidetza tiene 49 años. No se puede trabajar al ritmo que se nos exige con estas edades. Los ritmos de trabajo, unidos a la elevada edad media de la plantilla hacen que la penosidad en el trabajo se agudice y que, nuevamente no sea posible atender a la ciudadanía en el modo en que requiere.

Todo esto, unido al nulo reconocimiento de los y las trabajadoras, a la ausencia de un acuerdo de condiciones de trabajo que solucione estos problemas y a unos incrementos salariales por debajo del coste de la vida, provoca cansancio e insatisfacción en general de todos los estamentos del sistema sanitario, que se ven obligados a dar una asistencia acelerada en aras a la eficiencia.

## Nuestras reivindicaciones siguen vivas

Los y las trabajadoras sabemos que tenemos que seguir reivindicando hasta lograr las mejoras que planteamos. No ha habido mejor momento en los últimos 17 años. El acuerdo firmado en minoría no recoge los contenidos más importantes defendidos por ELA y que afectan a toda la plantilla.

Entre otros, nos referimos a la **valoración de puestos de trabajo**.

Esta valoración supone ordenar todas las categorías con una definición de funciones y debe conllevar la valoración de la penosidad, peligrosidad, responsabilidad... Esto, además del reconocimiento de nuestro trabajo, traería consigo una compensación económica a través de los complementos que nos corresponden (hospitalización, específico...) **POR TODO ESTO ES IMPORTANTE UNA VALORACIÓN DE PUESTOS PARA TODA LA PLANTILLA.**

Este acuerdo tampoco aborda las **REDUCCIONES DE JORNADA**, para mayores de 55 años, SIN PERDIDA RETRIBUTIVA y para TODA LA PLANTILLA, estemos desempeñando la función que sea y en el ámbito que sea.

Y tampoco se recoge **EL PAGO INMEDIATO DE LA ANTIGÜEDAD** a los interinos y eventuales.

Las **condiciones de trabajo en Atención Primaria:**

Los cupos de pacientes que tiene que atender el personal facultativo (Médicos de familia y pediatras) y de enfermería, 2.000 Tis, están al límite de lo que se considera una buena asistencia. Hay que **proceder a la readecuación de las Tis entre las 1600 y las 1800.**

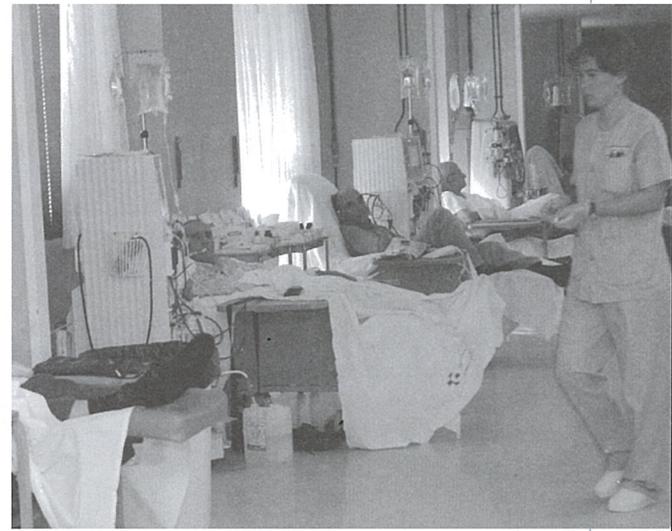
Es necesario proceder a una readecuación de los cupos en función de los tramos de edad. **Las personas de más de 65 años o menores de 3 años deben computar doble a todos los efectos.** Los profesionales deben tener el tiempo necesario para el cuidado y la prevención brindándonos una atención humanizada, a la vez que profesional y eficaz.

Al mismo tiempo se tiene que facilitar el trabajo de los y las profesionales que acuden a los domicilios, reforzando las plantillas cuando sea necesario, dimensionando bien el tiempo que requiere cada visita.

Uno de los ámbitos donde más stress se padece es en las **áreas de cita previa**, donde recae la masificación de los cupos. En este ámbito es necesario organizar el trabajo de manera racional, con una redistribución de las cargas de trabajo y una definición de las funciones y los puestos.

Se tiene que sustituir siempre al personal que falte con contratos ordinarios. La calidad en la atención no puede ser la misma si se sustituyen jornadas completas por jornadas parciales o una baja no se sustituye hasta el 15º día, y el trabajo se tiene que repartir entre los y las miembros del equipo. Todo esto motivado por una cuestión de ahorro de costes.

En este contexto en el que se logra el reconocimiento de cada profesional es posible abordar el problema de las **guardias**. Cada profesional tiene derecho a que se respete su jornada anual, 1.592h. Para asegurar una atención de 24 horas es necesario que se contraten más profesionales, en las especialidades en las que los haya. Habrá que identificar cuáles son las especialidades en las que no hay profesionales para contratar y habrá que cuantificar cuántas horas son necesarias y el modo de compensación de esta jornada extraordinaria. Abordar este punto desde esta perspectiva de eliminación de horas extras, así como la posibilidad de proceder a una reordenación del tiempo de trabajo para los facultativos y facultativas sólo es posible si previamente se ha acometido una valoración de los puestos funcionales en sus justos términos.



## De las movilizaciones a las elecciones, dos modelos opuestos

Tras 17 años sin hacer este tipo de movilizaciones hemos dado el gran paso. Hemos hecho un diagnóstico de la situación que nos hace encender las luces de alarma. Nuestro sistema sanitario ya no es el que era. La falta de inversiones incide directamente en las condiciones de trabajo y éstas, en la calidad que se puede ofrecer a los y las usuarias.

Este diagnóstico es sencillo de hacer. Todos tenemos las mismas oportunidades para hacerlo. No tenemos más que coger los datos que las propias administraciones nos ofrecen y después cotejarlos con la realidad que nuestra gente vive día a día en su puesto de trabajo. Lo difícil no es, pues, hacer el diagnóstico. Lo verdaderamente difícil es dar la respuesta adecuada al diagnóstico que hemos hecho. En esta respuesta está la diferencia entre unos y otros sindicatos.

Con todas las dificultades que entrañaba el movilizarse en un sector como este, lo hemos hecho. Seguramente hemos cometido errores y aunque hemos tenido un eco muy importante, sabemos también que hay gente que no ha entendido el planteamiento que hacíamos. Tenemos que procurar trabajar mejor, llegando de manera más pausada a todos los y las trabajadoras, y en eso estamos. Pero tenéis que saber, con total rotundidad que el camino que hemos elegido lo vamos a recorrer hasta el final. Ahora, y tras cuatro años sin acuerdo de condiciones de trabajo, había que dar una respuesta. Este ha sido un primer paso, y es nuestro empeño seguir avanzando hasta conseguir hacer de este un sector vivo, capaz de plantear dinámicas reivindicativas, no sólo de las condiciones de trabajo, sino también del propio sistema sanitario.

Pero nuestros planes se han visto retrasados, ya que mientras algunos estábamos trabajando por intentar hacer las cosas de otro modo, otros estaban planificando con la Administración cuál es el mejor modo de penalizarnos y, cuando todavía estábamos en pleno conflicto, han iniciado el proceso de elecciones sindicales. Estos son dos modelos sindicales irreconciliables.

No se puede decir que se ha firmado el mejor acuerdo de los últimos años con una Administración, que como ha quedado demostrado, sólo le preocupa el ahorro y la estadística, y decir que así se mejoran las condiciones de trabajo y luego llegar a un acuerdo para las elecciones sindicales de espaldas, nuevamente, a la mayoría sindical. En uno de los dos aspectos están haciendo tongo, y puesto que en las elecciones sindicales nos jugamos mucho todos los sindicatos, es evidente que este es el precio que le pusieron a Osakidetza por estampar su firma en un mal acuerdo.

Así que, ahora nos toca trabajar las elecciones, para luego seguir avanzando en el camino que hemos iniciado. Ponte en contacto con tu sección sindical.

## El 26 de mayo, vota ELA

### CALENDARIO ELECTORAL

#### 25 Abril

Constitución de la mesa electoral. Exposición del censo electoral. Día de inicio del proceso electoral

#### 26 de Abril al 2 de Mayo

Exposición del censo electoral. Mínimo 72 horas (3 días)

#### 3 de Mayo

Resolución de reclamaciones del censo electoral provisional

#### 4 de Mayo

Exposición del censo electoral definitivo (24 h.) y determinación de miembros a elegir.

#### 5 al 14 de Mayo

Presentación de candidaturas

#### 14 de Mayo

Finaliza plazo de presentación de candidaturas

#### 17 de Mayo

Proclamación provisional de candidaturas

#### 18 de Mayo

Presentación de reclamaciones

#### 19 de Mayo

Proclamación definitiva de candidaturas

#### 20 de Mayo

Finaliza plazo de solicitud de voto por correo

#### 20 al 25 de Mayo

Campaña electoral (5 días)

#### 26 de Mayo VOTACION

### HAUTESKUNDE EGUTEGIA

#### Apirilak 25

Hautes-mahaia eratzea. Hautesleen errolda ikusgai. Hauteskunde prozesuaren hasiera.

#### Apirilak 26 - Maiatzak 2

Hautesleen errolda ikusgai. Gutxienez 72 orduz (3 egunez).

#### Maiatzak 3

Behin-behineko hautesleen eroldari buruzko erreklamazioen ebazpena.

#### Maiatzak 4

Behin-betiko hautesleen errolda ikusgai (24 orduz), eta hautatu beharreko kideak erabakitzea.

#### Maiatzak 5 -14

Hautagai zerrenden aurkezpena

#### Maiatzak 14

Hautagai zerrendak aurkezteko epearen amaiera.

#### Maiatzak 17

Hautagai zerrenden behin-behineko aldarrikapena.

#### Maiatzak 18

Erreklamazioen aurkezpena.

#### Maiatzak 19

Hautagai zerrenden behin-betiko aldarrikapena.

#### Maiatzak 20

Posta bidezko botoa eskatzeko epearen amaiera.

#### Maiatzak 20-25

Hauteskunde kanpaina (5 egunez)

#### Maiatzak 26 BOZKETA