



ESTUDIOS | 41

DICIEMBRE de 2020

**Los problemas
estructurales
de Osasunbidea
y Osakidetza
son anteriores
a la pandemia**

PROPUESTAS PARA MEJORAR
LA SANIDAD PÚBLICA
Y EVITAR SU COLAPSO

Propuestas para mejorar la sanidad pública y evitar su colapso

Introducción.....	3
1. La parte de la riqueza destinada a salud ha caído drásticamente en la última década.....	4
a) En Navarra se deberían destinar 90 millones de euros más a salud para igualar la participación en el PIB de 2010.....	4
b) En la CAPV el gasto en Salud se reduce 0,5 puntos del PIB respecto a 2010.....	4
2. El gasto en salud es muy inferior a la media europea	5
3. Habría que incrementar el número de camas hospitalarias un 30% en Navarra y un 24% en la CAPV para igualar la media de la OCDE.....	6
4. debajo de la media del entorno en personal sanitario	8
5. No hay un buen servicio público sin buenas condiciones de trabajo	9
a) En Navarra la situación del personal del SNS-O es insostenible.....	9
b) Osakidetza quiere ocultar la situación alarmante de la plantilla	11
6. La atención primaria, colapsada.....	13
a) La situación en Navarra	13
b) La situación en la CAPV.....	13
7. Las medidas tomadas no han servido para hacer frente a la pandemia	14
8. Propuestas de ELA	15
1. Equiparar el gasto público en sanidad a la media europea sin recursos suficientes es imposible un sistema de calidad.....	15
2. Potenciación de la red pública: apostar por la salud pública frente al beneficio privado.....	16
3. Acceso universal a la sanidad pública: garantizar el derecho universal y gratuito a la salud a todas las personas.....	17
4. Aumento de personal para equiparlo a la media de la OCDE y mejora de las condiciones de trabajo: sin personal suficiente y sin condiciones de trabajo dignas no se puede dar un servicio de calidad	17
5. Derecho a recibir el servicio sanitario en euskera	19
6. Medidas concretas para el sistema sanitario para atajar la pandemia.....	19

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la Covid-19 y la crisis que ha detonado están teniendo consecuencias muy graves a todos los niveles. Entre otras muchas, ha dejado en evidencia unos sistemas de salud pública muy precarios y con escasa capacidad de hacer frente a las necesidades sanitarias, y menos en situaciones extremas.

No obstante, una de las lecciones que se deberían aprender de esta situación es que las actividades esenciales para el sostenimiento de la vida, como son los cuidados, los relativos a la alimentación, la educación, y por supuesto la salud y el sistema sanitario, no pueden tratarse bajo la óptica capitalista, sino como un servicio público y de calidad. La sociedad en general es ahora más consciente de la necesidad de unos sistemas de salud pública de calidad, que antepongan la vida y el sostenimiento de la misma al capital.

Tenemos unos sistemas de salud pública que padecen la precariedad como principal problema estructural. Incluso la revista médica The Lancet publicó un artículo el 16 de octubre sobre el sistema sanitario español, pero perfectamente extrapolable al Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea (SNS-O) y Osakidetza, que concluye que “la década de austeridad que siguió a la crisis financiera de 2008 ha reducido la fuerza laboral sanitaria y la salud pública y las capacidades del sistema sanitario. Los servicios de salud carecen de personal, recursos y presión (...) y con demasiada frecuencia dependen de contratos temporales que pueden durar unos pocos días o semanas.”

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

1. LA PARTE DE LA RIQUEZA DESTINADA A SALUD HA CAÍDO DRÁSTICAMENTE EN LA ÚLTIMA DÉCADA

a) En Navarra se deberían destinar 90 millones de euros más a salud para igualar la participación en el PIB de 2010

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra tendrá un presupuesto de 1.162,3 millones de euros en 2020, 54,4 millones más que el gasto consolidado de 2019. Este presupuesto equivale al 5,2% del PIB previsto para 2020.

La evolución muestra un aumento del gasto de 126,2 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 5,2%. En 2020 se deberían destinar 90,1 millones de euros más a salud para igualar la participación en el PIB de 2010.

Gasto en salud pública (millones de euros y % del PIB) 2010-2020

	2010	2015	2019	2020*
Millones de euros	1.036,1	963,8	1.107,7	1.163,2
% / PIB	5,6%	5,1%	5,1%	5,2%

Fuente: Gobierno de Navarra

b) En la CAPV el gasto en Salud se reduce 0,5 puntos del PIB respecto a 2010

El gasto presupuestado para el departamento de Salud en 2020 es de 3.941,46 millones de euros, lo que supone un descenso de 73,6 millones de euros (-1,83%) respecto a la previsión de cierre de 2019. De este modo, la parte de la riqueza que se destina a Salud por parte del Gobierno Vasco se sitúa en el 4,78%, 0,27 puntos de PIB menos que en 2019.

Visto desde una perspectiva más amplia, la evolución que se ha dado desde 2010 es muy negativa. El peso en el PIB se ha reducido del 5,3% del PIB en 2010 al 4,8% en 2020 (en 2010 se invertían 0,54 puntos del PIB más que en 2020). Para corregir esa evolución negativa habría que destinar a Salud 454,4 millones más de lo presupuestado en 2020.

Gasto en salud pública (millones de euros y % del PIB) 2010-2020

	2010	2015	2019	2020*
Millones de euros	3.542,3	3.429,2	4.015,1	3.941,5
% / PIB	5,3%	5,0%	5,0%	4,8%

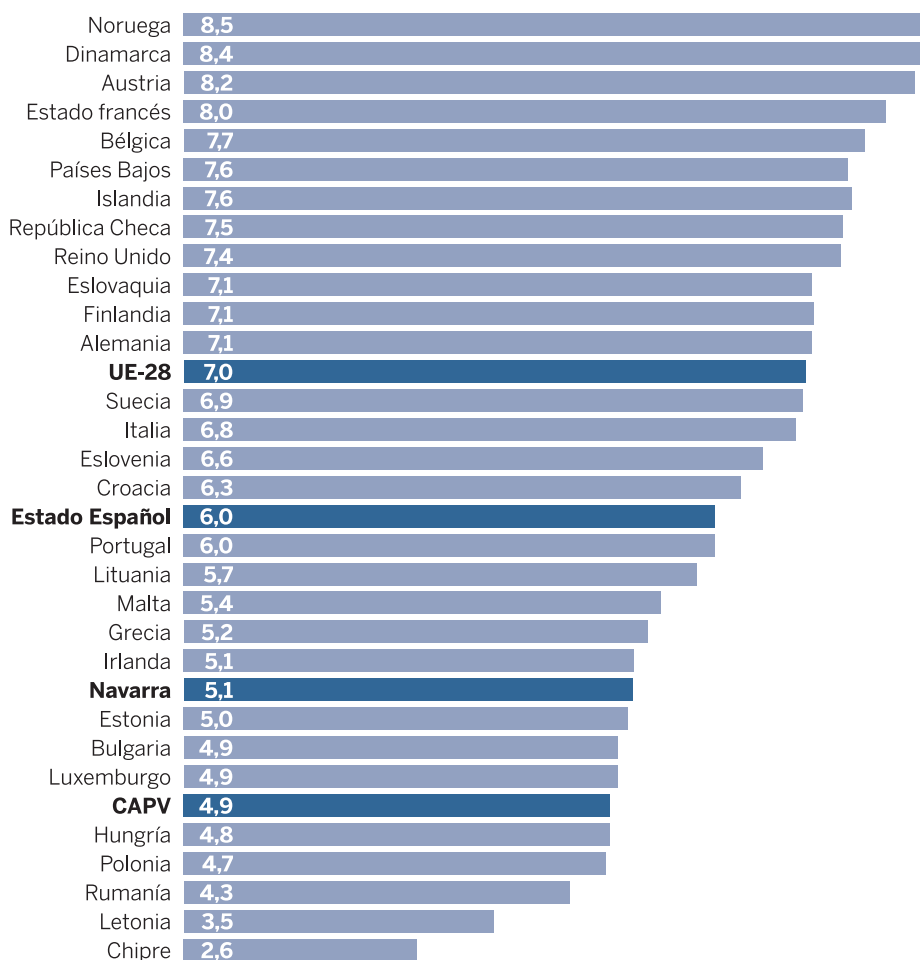
Fuente: Eustat, Gobierno Vasco

2. EL GASTO EN SALUD ES MUY INFERIOR A LA MEDIA EUROPEA

La comparativa de gasto público en salud respecto al resto de Europa evidencia la menor inversión pública que se hace en Navarra y en la CAPV. El gasto público en salud era del 5,1% del PIB en Navarra en el 2017 y del 4,9% del PIB en la CAPV, cuando la media de la UE-28 era del 7,0% (último dato disponible) y países como el Estado francés destinaban un 8,0%. Es por ello que nos encontramos en los peores puestos de toda la UE-28.

Esta diferencia de gasto equivalente a 1,9 puntos del PIB en Navarra, supondría que para igualar la media de gasto en salud en 2020 se deberían gastar 427,8 millones de euros más de los presupuestados (se han presupuestado 1.162,3 millones de euros). En el caso de la CAPV la diferencia de gasto es de 2,1 puntos del PIB y supondría que para igualar la media de Europa en salud se deberían de gastar 1.832,7 millones de euros más de los presupuestados (3.941,46 millones de euros). Esto es, en total la diferencia de gasto del Gobierno de Navarra y Gobierno Vasco con la media europea es de 2.260,5 millones de euros.

Gasto público en salud (% PIB). UE-28, 2017



Fuentes: Eurostat, Gobierno de Navarra, Nastat, Gobierno Vasco, Parlamento Vasco, Eustat

3. PARA IGUALAR LA MEDIA DE LA OCDE HABRÍA QUE INCREMENTAR EL NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS UN 30% EN NAVARRA Y UN 24% EN LA CAPV

El número de camas hospitalarias disponibles que se recogen en las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad en 2018 (último dato publicado) es de 2.372 en Navarra y de 7.944 camas en la CAPV. De éstas, pertenecen al sistema público de salud el 70% en Navarra (al SNS-O) y el 82% en la CAPV (Osakidetza).

Desde 2010 a 2018, mientras la población ha crecido tanto en Navarra como en la CAPV, el número de camas instaladas ha descendido (51 camas menos en Navarra y 374 menos en la CAPV), lo que conlleva que el ratio de camas por cada 1.000 habitantes haya disminuido.

Camas instaladas y ratio de camas por cada 1.000 habitantes, 2010-2018

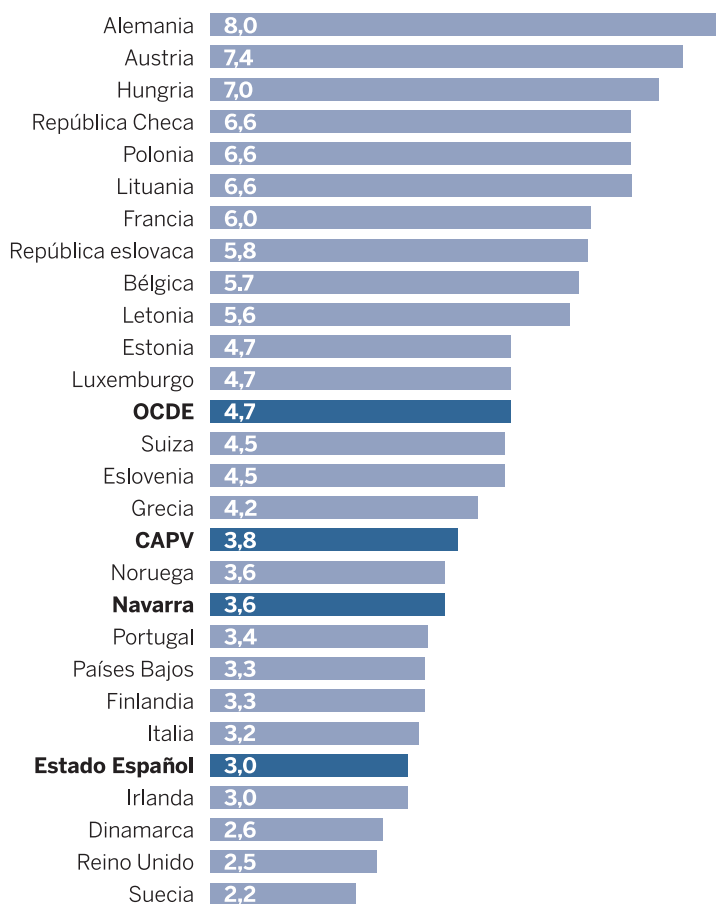
		2010	2018
NAVARRA	Camas	2.423	2.372
	Población	636.924	647.554
	Ratio camas / 1.000 habitantes	3,80	3,66
CAPV	Camas	8.318	7.944
	Población	2.169.038	2.180.449
	Ratio camas / 1.000 habitantes	3,83	3,64

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

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

Según datos de 2017, los últimos disponibles, se sitúan a la cabeza de la OCDE en número de camas por cada mil habitantes (tomando sólo los países de la UE-28), Alemania (8,1 camas), Austria (7,4) y Hungría (7,0). La sanidad navarra dispone de 3,6 camas por cada mil habitantes mientras que en la CAPV este ratio es de 3,8, situándose muy por debajo de la media (4,7 camas por cada 1.000 habitantes). Esto es, en Navarra habría que incrementar el número de camas por cada 1.000 habitantes un 30,5% y en la CAPV un 23,7% para llegar a la media del entorno europeo y de la OCDE.

Camas por cada 1.000 habitantes. 2017



Fuente: OCDE (*Health at a Glance*), Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

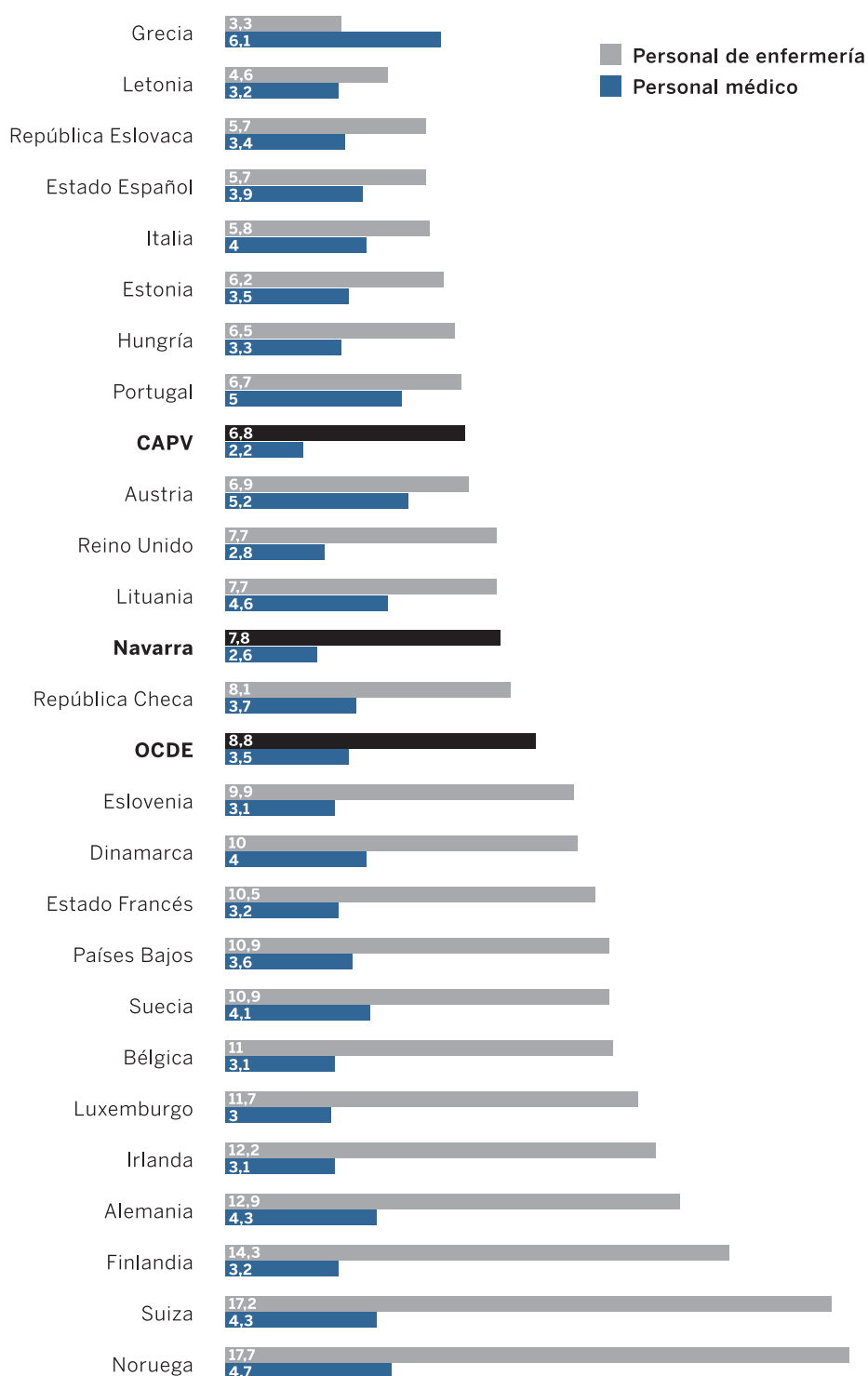
Los datos ofrecidos por las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad 2018 muestran el número de camas hospitalarias, distinguiendo si éstas están en la sanidad pública o en la sanidad privada.

En Navarra, de las 2.372 camas disponibles que hay en la sanidad, solo el 70% corresponde al servicio público de salud, esto es, 1.669 camas. En la CAPV, de las 7.994 camas disponibles que hay en la sanidad el 82% corresponde al servicio público de salud, esto es, 6.500 camas.

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

4. DEBAJO DE LA MEDIA DEL ENTORNO EN PERSONAL SANITARIO

**Personal de enfermería (incluyendo auxiliar de enfermería)
y personal médico por cada 1.000 habitantes, 2017**



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

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.

Solo hay datos comparables del personal de enfermería, incluyendo el auxiliar de enfermería, y del personal médico. En ambos estamos 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 7,85 por cada 1.000 habitantes y en la CAPV de 6,78 por cada 1.000 habitantes, mientras que la media de la OCDE es de 8,8. Por encima se encuentran la mayoría de los estados del entorno europeo, destacando Noruega (17,7), Suiza (17,2) y Finlandia (14,3). Por debajo del ratio de Navarra están, entre otros, Grecia (3,3), Letonia (4,6) o el propio Estado Español (5,7).

En cuanto al personal médico, el ratio por cada 1.000 habitantes en Navarra es de 2,59 y el de la CAPV de 2,16, mientras que la media de la OCDE es de 3,5. En este caso hay que subrayar que no hay ningún estado con un ratio menor en el entorno europeo.

5. NO ES POSIBLE DAR UN BUEN SERVICIO PÚBLICO SIN BUENAS CONDICIONES DE TRABAJO

a) En Navarra la situación del personal del SNS-O es insostenible

- Más de la mitad de la plantilla es temporal

En 2018 la plantilla total del SNS-O ha sido de 10.674 personas. El 79,5% son mujeres (8.482), y el 20,5% hombres (2.192). El personal fijo, en cambio, lo componen 5.104 personas, de las cuales las mujeres son el 77,7%. Esto es, el porcentaje de mujeres es más bajo entre la plantilla fija del SNS-O.

Plantilla del SNS-O por contratación y sexo, 2018

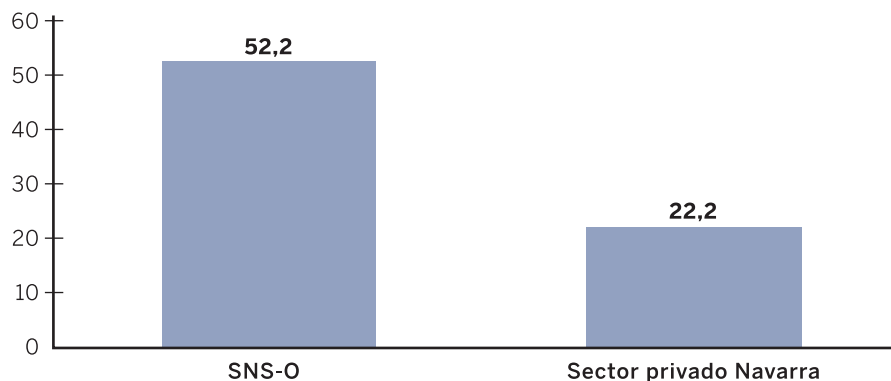
	Plantilla total		Fijos	
Mujeres	8.482	79,5%	3.965	77,7%
Hombres	2.192	20,5%	1.139	22,3%
TOTAL	10.674		5.104	

Fuente: Memoria del SNS-O 2018

Más de la mitad de la plantilla del SNS-O tiene un contrato temporal (el 52,2%), ya que hay 5.570 personas trabajando en esa situación.

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 del SNS-O (52,2%) es 29,7 puntos más alta que la tasa de temporalidad media que hay en el sector privado en Navarra (22,5% en el cuarto trimestre de 2018).

Tasa de temporalidad media, 2018



Fuente: Memoria del SNS-O 2018, INE

- Desde 2011 se ha destruido 1 de cada 6 plazas de personal fijo

La evolución de los últimos años de la plantilla es aún más preocupante. Si bien en 2018 la plantilla total del SNS-O ha sido la más alta de esta década, el número de personas fijas ha sido el menor de todos estos años (1.073 personas menos que en 2011). Esto hace que la tasa de temporalidad se haya disparado. Esto es, desde 2011 se ha destruido 1 de cada 6 plazas de personal fijo del SNS-O.

Evolución de la plantilla del SNS - O por tipo de contratación, 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Plantilla total	9.950	10.160	9.650	9.513	9.590	9.733	9.613	10.277	10.674
Plantilla fija	5.601	6.177	6.130	5.966	5.753	5.643	5.380	5.205	5.104
Tasa temporalidad (%)	43,7	39,2	36,5	37,3	40,0	42,0	44,0	49,4	52,2

Fuente: Memorias del SNS-O

- El 55,5% del personal fijo del SNS-O tiene más de 51 años

En cuanto a los datos sobre la edad del personal fijo del SNS-O, se puede destacar lo siguiente:

- El 55,5% del personal fijo es mayor de 51 años
- Las personas mayores de 61 años son el 9,76%, mientras que las menores de 40 son el 9,37%
- Sólo el 0,09% tiene menos de 30 años

Personal fijo por tramos de edad y sexo (%), 2018

	Mujeres	Hombres
61-65	6,79	2,97
56-60	17,41	4,84
51-55	18,32	5,15
46-50	14,85	4,42
41-45	12,89	3,00
36-40	6,17	1,60
31-35	1,18	0,33
<30	0,09	0,00

Fuente: Memoria del SNS-O 2018

- El 13,8% del personal del SNS-O tiene un contrato de jornada parcial

Según las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad de 2018, el 13,8 % de la plantilla del SNS-O tiene un contrato de jornada parcial.

b) Osakidetza quiere ocultar la alarmante situación alarmante de la plantilla

La Memoria de Osakidetza no recoge datos sobre temporalidad, edad de la plantilla o cómo esta distribuida la misma, por lo que es imposible hacer una foto de la situación del personal sólo atendiendo a la Memoria.

No ofrecer datos suficientes es fruto de una decisión política que lo que busca precisamente es evitar críticas al no mostrar la realidad. De hecho, eliminaron esos datos al ser incluidos en un análisis de ELA.

Está claro que se quiere ocultar la alarmante situación de la plantilla de Osakidetza.

- La mitad de la plantilla tiene más de 50 años

Para ver la situación de la edad de la plantilla hay que acudir a un informe de 2016 sobre la igualdad de mujeres y hombres:

- El 49,4% de la plantilla tiene más de 50 años
- Hay casi 2.000 personas más mayores de 60 años que menores de 30

	Total	% total	Mujeres	Hombres
De 20 a 29 años	2.885	8,2%	2.409	476
De 30 a 39 años	6.294	17,8%	5.166	1.128
De 40 a 49 años	8.585	24,3%	7.005	1.580
De 50 a 59 años	12.801	36,2%	9.937	2.864
De 60 a 65 años	4.678	13,2%	3.412	1.266
Más de 65 años	128	0,4%	39	89
TOTAL	35.371	100%	27.968	7.403

- 40% de temporalidad

Según los datos aproximados de que dispone ELA, a 1 de enero de 2020 la plantilla de Osakidetza estaba integrada por unos 36.000 trabajadoras y trabajadores. Sin embargo, los puestos formalmente creados en la plantilla estructural son de tan solo 29.400, de los cuales solo 17.740 están cubiertos por personal fijo. Además, unos 5.200 trabajadores y trabajadoras tienen contratos eventuales de larga duración, en muchos casos fraudulentos, no adscritos a ningún puesto formalmente creado.

Por tanto, la temporalidad en Osakidetza es superior al 40%. El informe de 2016 sobre igualdad muestra que el personal fijo entre las mujeres (58,06%) es menor que entre los hombres (67,18%). Además, este mismo informe muestra que el 88,8% de las jornadas parciales los hacen las mujeres.

- Una brecha salarial del 24,4%

La brecha salarial en Osakidetza es del 24,4%. En una plantilla donde 7 de cada 10 son mujeres, el salario medio de los hombres es 12.639 euros mayor que el de las mujeres, según datos de 2015 que contiene el informe de igualdad mencionado.

- Una parcialidad del 17%

Las Estadísticas Autonómicas De Hospitales del Ministerio de Sanidad fijan que en 2018 la plantilla de Osakidetza fue de 36.042 personas, de las cuales 6.121 trabajaban con un contrato a jornada parcial, es decir, hay una tasa de parcialidad del 17%.

6. LA ATENCIÓN PRIMARIA, COLAPSADA

La atención primaria viene soportando en los últimos años un fuerte incremento de su actividad. Sin embargo, no se ha dotado de los medios adecuados, lo que ha tensionado la tarea de las personas que desarrollan su trabajo en ella. Como consecuencia de ello la atención que se ofrece presentaba antes de la pandemia importantes carencias (retrasos, insuficiente dedicación de tiempo...).

Además, ha recaído sobre la atención primaria un fuerte incremento del trabajo burocrático, que ha contribuido a la situación de saturación existente.

La crisis de la Covid-19 ha afectado de lleno a la atención primaria, que juega un papel esencial en la rápida identificación y seguimiento de la enfermedad. Sin embargo, a la saturación previa se le ha añadido la insuficiente dotación de medios y personal, por lo que el sistema se encuentra en un estado de colapso.

a) La situación en Navarra

El Gobierno de Navarra ha presentado el documento "Hacia un nuevo modelo de atención primaria en Navarra". Este documento tiene una incidencia directa en la plantilla y en el personal, tanto de manera general, como por categorías o niveles. Sin embargo, el plan no contempla ninguna medida concreta en este sentido, ni lleva aparejada la incidencia presupuestaria que ello conllevaría. Si este cambio no está dotado del presupuesto necesario, supondrá un aumento de la precariedad de las condiciones laborales del personal y una sobrecarga de trabajo.

Es imprescindible que junto con las medidas hacia el nuevo modelo que propone el Gobierno de Navarra, se cuantifique cuánto personal se requiere para implementar ese nuevo modelo, y se realicen las OPEs necesarias para cubrir ese personal, así como para dotar de estabilidad al ya existente.

En cuanto a la priorización de la atención telefónica, la misma tendría una incidencia exponencial en el personal administrativo. Tampoco se establece en este caso un aumento de las plazas. A ello habría que añadir las funciones que se otorgan a este personal, que deberá tener criterios sanitarios para una correcta atención. En ningún caso se menciona la necesidad de formación en este sentido, o si tienen que tener bajo su responsabilidad este tipo de funciones.

De hecho, la telemedicina se está utilizando para maquillar la saturación de los sistemas públicos de salud. Se trata de una forma de atención para la cual no están preparadas, ni las plantillas ni las personas que reciben la atención, ya que no se puede garantizar que las y los enfermos (un gran porcentaje es gente mayor) cuenten con la capacidad y los medios para comunicarse adecuadamente de forma no presencial.

b) La situación en la CAPV

La situación en la CAPV no difiere mucho del escenario mencionado para Navarra. En 2019, Osakidetza presenta el documento "Estrategia para la atención primaria en Euskadi", documento que nace, sin duda, de la presión realizada por los profesionales de la primaria, que secundaron 3 días de huelga ese año.

ELA siempre ha mantenido que el enfoque de esa estrategia era erróneo e insuficiente porque no ahondaba en el gran problema de la atención primaria: la falta de inversión desde hace décadas.

Faltan recursos materiales, faltan profesionales y, sobre todo, falta una apuesta clara para que la atención primaria recupere el papel de puerta de entrada al sistema sanitario.

El documento no ahonda en la consolidación del empleo temporal ni asegura el relevo generacional. De las más de 5.400 plazas creadas formalmente en la plantilla de atención primaria (a las que habría que añadir las plazas ocupadas existentes de facto), más del 40% están cubiertas de manera temporal, temporalidad que irá en aumento si tenemos en cuenta que, en Osakidetza, se producen unas 1.200 bajas vegetativas anuales, una parte importante de las cuales pertenece a la atención primaria. El documento no recoge medidas para acabar con la precariedad que supone la temporalidad permanente y sistemática.

Tampoco aborda otra de las cuestiones que provoca la sobrecarga sistemática de trabajo de las y los profesionales de atención primaria: la falta de cobertura de bajas, vacaciones y otras ausencias y la falta de cobertura de vacantes, especialmente en las plazas de medicina de familia. No se plantean soluciones a corto plazo.

Tampoco se aborda la necesidad de un correcto dimensionamiento de la plantilla. Más allá de recoger la creación puntual de algunas plazas que no van a tener un impacto significativo, no se establece el necesario aumento de plantilla en todas las categorías. Tampoco se aborda la amortización sistemática que se ha venido produciendo en los últimos años de plazas de algunas categorías, como son celador/a o auxiliar de enfermería.

Finalmente, señalar que se plantea un eventual deslizamiento de funciones entre unas categorías y otras, sin abordar de manera adecuada, el necesario aumento de plantilla que ello implicaría, la necesidad de cobertura legal y formativa, y el necesario reflejo retributivo.

7. LAS MEDIDAS QUE SE HAN TOMADO NO HAN SERVIDO PARA HACER FRENTE A LA PANDEMIA

Tras la primera ola de la pandemia la actuación de las instituciones se ha centrado, en gran medida, en realizar recomendaciones y apelar a la responsabilidad individual. Evidentemente, es exigible a toda la población un comportamiento acorde a la gravedad de la situación, pero no es menos cierto que se ha dado la impresión de que tras esas recomendaciones se ocultaba la voluntad de eludir responsabilidades políticas ante la falta de actuaciones y medidas concretas, como por ejemplo reforzar suficientemente el sistema de salud pública. Además, esta estrategia de apelar a la responsabilidad individual pretende también eludir la responsabilidad de las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones de preservar la salud de sus trabajadores y trabajadoras.

Esto se debe a que la estrategia seguida en toda Europa con la desescalada ha sido la convivencia con el virus en lugar de su erradicación, como se hizo en Asia y Oceanía. A la vista de la evolución de la Covid-19 y de las medidas que se están volviendo a tomar en todo el continente europeo, no parece que haya resultado una estrategia correcta.

Esa estrategia se ha basado en el mantra de combinar la protección de la salud con el mantenimiento de la economía. Esto no se ha conseguido, ni en un ámbito ni en el otro. Por un lado, los niveles de contagio son muy elevados, están a niveles inaceptables, y por otro se ha producido un importante aumento del desempleo y de cierres de empresas. La segunda ola que estamos viviendo va a repercutir en una ralentización o paralización de la actividad en múltiples sectores, que se va a agravar y alargar en el tiempo. Esto va a suponer un aumento de la desigualdad y de las situaciones de pobreza y exclusión social.

Tras más de siete meses desde el inicio de la pandemia se puede afirmar que no se ha actuado en consonancia con la envergadura del reto. Al volver a crecer las curvas de contagios, muertes y el tensionamiento del sistema sanitario, se ha mostrado la falta de planificación. Si en un primer momento, en marzo, se podría entender que la situación era nueva, es inaceptable que tras tanto tiempo no se tenga una respuesta coherente al repunte que todo el mundo científico venía anunciando. No se ha tenido, ni se tiene, un panel de control de referencia que sea razonable.

8. PROPUESTAS DE ELA

Ningún sistema de salud estaba preparado o podía prever la situación provocada por una pandemia a nivel mundial como la Covid-19. Pero también es cierto que las respuestas y la capacidad de afrontar esta situación han sido muy diferentes por todo el mundo.

Los datos analizados muestran que la situación de los servicios públicos de salud (SNS-O y Osakidetza) era ya preocupante y precaria antes de la pandemia, y ésta ha puesto en evidencia los problemas estructurales existentes en la salud pública. Problemas que han tenido como consecuencia el alto número de contagios que se ha dado entre el personal sanitario.

Por otro lado, también se ha vuelto a demostrar la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad y con acceso universal. Se ha visto que en plena crisis la respuesta a la pandemia ha venido desde la sanidad pública. Las privatizaciones no hacen más que mermar esta capacidad de respuesta.

Ahora estamos ante un nuevo aumento de los casos de Covid-19 que están colapsando los sistemas de salud públicos. Ante esta situación, una vez que ha pasado la primera ola que nadie podía prever, las decisiones que se están tomando ante un nuevo rebrote que ya estaba previsto no van en la línea de mejorar la salud pública: no se han abierto más hospitales ni centros de salud, ni ha habido contrataciones masivas de personal sanitario, de ambulancias o personal de limpieza. El debate público se centra en el comportamiento de la gente joven, la movilidad y en la responsabilidad individual.

Está claro que para tener una sociedad justa es básico tener un sistema de salud pública de calidad. Éstas son las propuestas de ELA:

1. Equiparar el gasto público en sanidad a la media europea: sin recursos suficientes es imposible un sistema de calidad

El Gobierno de Navarra debería incrementar en 1,9 puntos del PIB el gasto público en salud para equipararlo al gasto medio de la UE-28. Esto es, se deberían gastar 427,8 millones de euros más de los presupuestados en 2020. En el caso de la CAPV la diferencia de gasto es de 2,1 puntos del PIB, equivalente a 1.832,7 millones de euros. Esto es, en total la diferencia de gasto del Gobierno de Navarra y Gobierno Vasco con la media europea es de 2.260,5 millones de euros.

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 y la CAPV sean de los territorios con menor gasto público en salud de la UE-28.

Ejemplo de esta diferencia en el gasto se ve en los recursos materiales disponibles. Queda patente la deficiencia al hacer la comparativa de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000

habitantes. En Navarra habría que incrementar un 30,5% y en la CAPV un 23,7% el número de camas por cada 1.000 habitantes para llegar a la media del entorno europeo y de la OCDE.

Por otro lado, la crisis sanitaria de la Covid-19 ha mostrado que cuando los recursos son escasos, y gran parte de éstos se deben volcar en una enfermedad, entre otras muchas consecuencias, se está dando el retraso en la detección y tratamiento de otras patologías. Se ha detectado cómo diagnósticos de enfermedades graves se están retrasando por falta de recursos, o que la atención de cualquier afección o patología se está viendo retrasada, lo que influye de forma muy negativa en la calidad del sistema público de salud.

2. Potenciación de la red pública: apostar por la salud pública frente al beneficio privado

a) Fomento de la red pública sanitaria

ELA considera que la sanidad pública es un derecho, y no un área mercantil. Por ello, es necesario revertir la política privatizadora y concertadora, y que se lleven a cabo políticas basadas en criterios de calidad e igualdad. En este sentido, es necesaria la publicación de los servicios de salud subcontratados, como son las ambulancias o la limpieza, o como es el caso de la Clínica Asunción de Tolosaldea. Es necesario garantizar el mantenimiento del empleo del personal subcontratado.

b) Ampliar las coberturas de la sanidad pública

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

Es necesario hacer mención a la necesidad de desarrollar una atención integral en salud mental, tanto para superar las carencias preexistentes como por el especial impacto provocado en este ámbito por la pandemia y las medidas adoptadas por la misma.

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.

c) Impulso de la atención primaria

En consonancia con el diagnóstico realizado anteriormente, el fuerte incremento presupuestario y de personal que planteamos en este informe, así como la necesidad de acabar con la precariedad existente, debe tener un especial impacto en la atención primaria, ya que es necesario reforzar su papel dentro de Osasunbidea y Osakidetza. El incremento de plantillas tiene que afectar a todas las categorías.

Faltan recursos materiales, faltan profesionales y, sobre todo, falta una apuesta clara para que la atención primaria sea capaz de responder de manera adecuada al papel que debería tener, que es el de prevención de las enfermedades, así como dirigir todo el itinerario de los pacientes en el conjunto del sistema sanitario, además de ser la puerta de entrada al mismo.

Por último, hay que reducir las tareas burocráticas que se desarrollan hoy en día por el personal que asiste a las personas pacientes.

3. Acceso universal a la sanidad pública: garantizar el derecho universal y gratuito a la salud a todas las personas

En un contexto donde las desigualdades sociales son tan grandes y además siguen creciendo, las personas y colectivos más vulnerables sufren en mayor medida cualquier crisis.

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

4. Aumento de personal para equiparlo a la media de la OCDE y mejora de las condiciones de trabajo: sin personal suficiente y sin condiciones de trabajo dignas no se puede dar un servicio de calidad

Para lograr un desarrollo equitativo y sostenible de la sociedad, se deben ofrecer unos servicios públicos dignos y de calidad, con los recursos que ello requiere, teniendo en cuenta además que las personas que se pongan a disposición no deben recibir el tratamiento de mero instrumento o recurso, sino el tratamiento de personas que dedican su tiempo a trabajar por la sanidad, por lo que requieren de condiciones de trabajo acordes a su tarea.

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

a) Aumentar el personal para equiparlo a la media de la OCDE, disminuir la temporalidad y ajustar las cargas de trabajo

Es necesario aumentar el personal de los servicios públicos de Salud para equiparlos a la media de la OCDE. Ello conllevaría unos incrementos:

- De un 12% de la plantilla en personal de enfermería, y de un 35% en personal médico en Navarra.
- De un 30% de la plantilla en personal de enfermería y de un 62% en personal médico en la CAPV.
- También habría que incrementar notablemente el personal del resto de categorías, sobre las que no existen datos comparativos oficiales.

Asimismo, es necesario acabar con la temporalidad, que como hemos indicado se sitúa en el 52,2% el SNS-O, y en Osakidetza es superior al 40%.

Es necesario aumentar la plantilla, 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, en especial cuando nos referimos a personas que trabajan con la salud de la población.

Por eso es imprescindible realizar OPEs que cubran el aumento de las plazas necesarias en cada

categoría, nivel y estamento profesional. que elimine la temporalidad de las ya existentes, y que recojan procesos de consolidación del empleo de quienes hoy tienen un contrato temporal.

El aumento de plazas está ligado con la necesidad de ajustar las plantillas a la carga de trabajo. Si ya antes de la crisis sanitaria éste era un aspecto crítico, ahora lo es más. 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.

Por último, ELA reclama la capacidad de decidir aquí todo lo que tiene que ver con la formación y el acceso del personal sanitario. Existe un grave problema de falta de personal médico, más acentuado en algunas especialidades.

b) Hacer el seguimiento y rastreo de la Covid-19 por el sistema público, sacando de esas tareas a militares y servicios de prevención de las empresas

La pandemia también se está utilizando para lavar la imagen de las fuerzas militares. El Gobierno de Navarra ha solicitado que militares realicen labores de rastreo. Esto muestra la falta de medios existente en Osasunbidea. Es necesario aumentar los recursos en salud, y para ello, destinar el gasto militar a paliar la situación de emergencia social y sanitaria actual.

Desde el principio de la pandemia se sabía que una de las claves era la rápida y más exhaustiva posible identificación de los contactos de las personas contagiadas por el virus. Y que para ello era esencial contar con un sistema de atención primaria capaz de identificar el mayor número de casos posible y de hacerlo de manera rápida. Hoy se puede decir sin lugar a dudas que el sistema hace agua.

Estamos en una situación de transmisión comunitaria, y los contactos identificados por el SNS-O y Osakidetza no llegan a la mitad del total de casos. Ello se debe, entre otras razones, a la tardanza e insuficiencia en la dotación de rastreadores. Se ha ido aumentando muy lentamente su número. A 26 de octubre, había 112 en Navarra (30 de ellos militares) y 375 en la CAPV, lo que equivale a uno por cada 5.800 habitantes, de los peores ratios de todo el Estado. Ello se agrava en el seguimiento de contactos estrechos laborales, al dejarlo en manos de los Servicios de Prevención de las empresas, que están mostrando más interés en ocultar posibles brotes que en prevenir la extensión de los contagios. Como consecuencia, la identificación de los contactos cercanos, cuando se hace, se realiza con un gran retraso, a lo que contribuye también el retraso desde la detección de síntomas hasta la realización de los test.

Por todo ello ELA demanda que el seguimiento, rastreo y control se haga por los servicios públicos de Salud.

c) Formación adecuada y suficiente del personal

Esta crisis sanitaria ha evidenciado que gran parte del personal, tanto del SNS-O como de Osakidetza, se ha visto obligado a desarrollar sus tareas sin haber recibido una formación adecuada y suficiente.

Es necesario actualizar y adecuar el sistema formativo para disminuir los riesgos laborales y ofrecer un mejor servicio público.

d) Modificar los sistemas de contratación del personal

El fraude en las OPEs de Osakidetza es un ejemplo del funcionamiento sistémico de la forma de acceder a las plazas en muchos casos. Es por ello que es necesario establecer un sistema transparente de contratación, que evite la labor de lobby que ejercen las personas responsables de servicio.

e) Potenciar la exclusividad para la función pública en el ejercicio de las tareas

Es necesario avanzar en la búsqueda de fórmulas que potencien la exclusividad para la función pública en el ejercicio de las tareas del personal que trabaja para Osakidetza y Osasunbidea, dificultando que se pueda compatibilizar con el ejercicio de la actividad privada.

5. Derecho a recibir el servicio sanitario en euskera

En la sanidad pública se debe respetar el derecho a dirigirse y recibir cualquier servicio en euskera, así como el derecho a trabajar en euskera del personal.

Además, hay que tener en cuenta que en los próximos años se va a jubilar aproximadamente la mitad de la plantilla, se debe negociar un plan que permita la euskaldunización efectiva de Osasunbidea y Osakidetza. La euskaldunización no puede recaer exclusivamente en la voluntad de cada una de las personas empleadas.

6. Medidas concretas en el sistema sanitario para atajar la pandemia

Es prioritario que las decisiones se tomen en función de los consensos existentes en la comunidad científica. Esta reflexión debe hacerse tanto para el corto plazo como para el medio y largo plazo.

Los acontecimientos de estos últimos días y semanas nos muestran con claridad que la estrategia más adecuada para preservar la salud -y lo que se ha venido a denominar la economía- es la de la erradicación del virus, no la de la convivencia. Deberíamos haber aprendido que hay que actuar de manera fuerte y temprana: dotarnos de una gran capacidad de detección y seguimiento, y adoptar estrictas restricciones con un número bajo de casos.

En este momento ya se están aplicando medidas restrictivas, que no están dando el resultado esperado. Estamos abocados a un confinamiento similar al de los primeros meses de la pandemia, y las instituciones van preparando el terreno para ello.

ELA propone que, entre otras, se tomen las siguientes medidas:

- Realizar de manera urgente un proceso con la comunidad científica para elaborar un panel de seguimiento y control de la Covid-19. Establecimiento de un índice (por ejemplo 100) a partir del cual se realicen test masivos a la población afectada (por municipio, por zonas de salud,...).
- Importante refuerzo de la detección, rastreo y seguimiento de los casos de contactos, para garantizar la rápida identificación de la práctica totalidad de positivos. Extender la implantación de la aplicación Radar Covid.
- Aumento del personal sanitario para equiparlo a la media europea.

- Intervención pública de la sanidad privada para posibilitar la atención primaria y la hospitalización.
- Ampliación inmediata del ratio de trabajadores y trabajadoras por persona atendida en los sectores de cuidados sociosanitarios.