

# **Los problemas estructurales de Osasunbidea son anteriores a la pandemia**

***Propuestas para mejorar la sanidad pública y evitar su colapso***

**Febrero de 2021**



[www.elaeus](http://www.elaeus)

**ELA**  
EUSKAL SINDIKATUA



## ÍNDICE

<b>0.</b> Introducción.....	3
<b>1.</b> El gasto en salud es muy inferior a la media europea.....	4
<b>2.</b> Para igualar la media de la OCDE habría que incrementar el número de camas hospitalarias un 30% .....	5
<b>3.</b> Debajo de la media del entorno en personal sanitario.....	6
<b>4.</b> No es posible dar un buen servicio público sin buenas condiciones de trabajo.....	7
<b>4.1.</b> Más de la mitad de la plantilla es temporal.....	7
<b>4.2.</b> Desde 2011 se ha destruido 1 de cada 5 plazas de personal fijo.....	8
<b>4.3.</b> El 64,3% del personal fijo del SNS-O tiene más de 51 años.....	8
<b>4.4.</b> El 92,9% de los contratos de jornada parcial recaen en las mujeres.....	9
<b>5.</b> La atención primaria, colapsada.....	9
<b>6.</b> Las medidas que se han tomado no han sido para erradicar la pandemia.....	10
<b>7.</b> Propuestas de ELA.....	11

## 0. 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 un sistema de salud pública que padece 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), 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, así como plantear las propuestas de ELA para mejorar el sistemas de salud públicos.

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

El Departamento de Salud tiene un presupuesto de 1.253,8 millones de euros en 2021. La evolución muestra un aumento del gasto de 217,7 millones de euros desde 2010 (a partir de 2010 se hicieron fuertes recortes en salud). No obstante, la comparativa con el presupuesto actualizado para 2020 muestra un descenso de la inversión de 5,2 millones de euros. Es evidente que las sucesivas olas de la covid19 no pueden hacernos pensar que en 2021 vamos a tener una situación de menor demanda de servicios sanitarios, por lo que la dotación presupuestaria a Salud para 2021 es claramente insuficiente.

**Gasto en salud pública (millones de euros y % del PIB) 2010-2021**

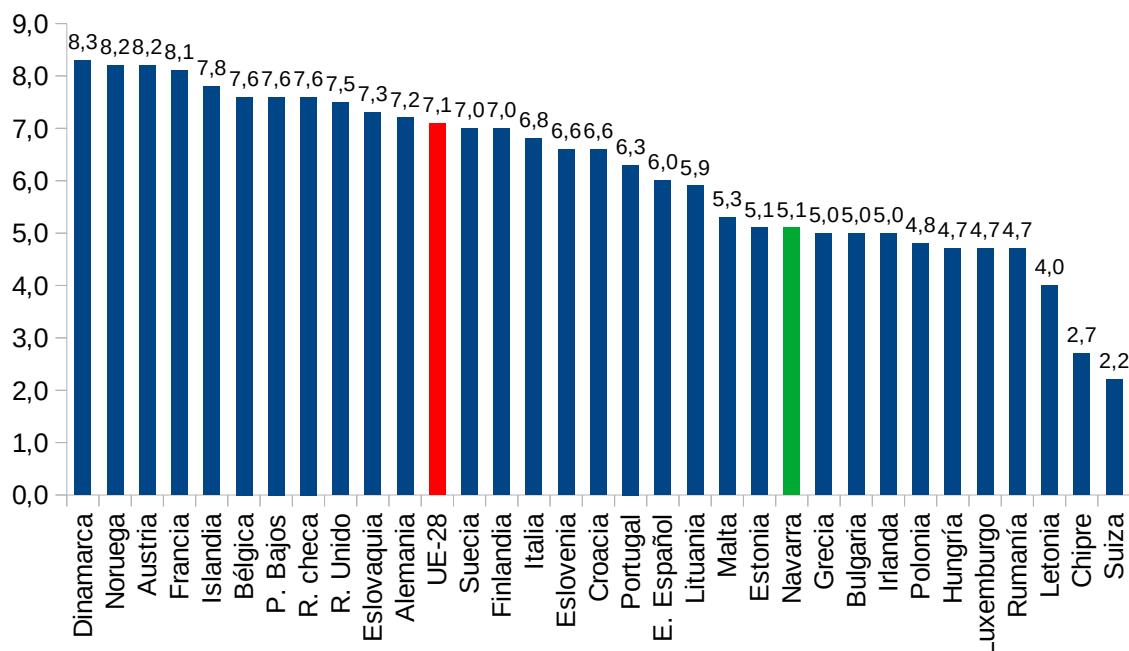
	2010	2015	2020 (Previsión)	2021 (Presupuesto)
Millones de euros	1.036,1	963,8	1.259	1.253,8

Fuente: Gobierno de Navarra

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 2018 (último dato disponible), cuando la media de la UE-28 era del 7,1% y países como Dinamarca destinaban un 8,3%. Es por ello que Navarra se encontraba en los peores puestos de toda la UE-28, con solo 10 estados con menos gasto en salud.

Esta diferencia de gasto equivalente a 2 puntos del PIB, supondría que para igualar la media de gasto en salud en 2021 en Navarra se deberían gastar 409,6 millones de euros más de los presupuestados, un 32,7% más.

**Gasto público en salud (% PIB). UE-28, 2018**



Fuentes: Gobierno de Navarra, Nastat, Eurostat

- Aumenta el gasto en prestaciones y conciertos**

En Navarra 5 de los 11 hospitales existentes son privados. En 2021 se prevé que se destinarán ha las prestaciones y conciertos con la sanidad privada 81,3 millones de euros, 0,8 millones más que en 2020. No obstante, la evolución de los últimos años muestra que va en aumento. En 2010 se destinaron 77,9 millones a prestaciones y conciertos, y en 2015 70,2 millones. Esto es, desde 2015 ha aumentado un 15,8% el gasto en prestaciones y conciertos.

**Gasto en derivaciones y conciertos con la sanidad privada. Navarra, 2010-2021**

	2010	2015	2020	2021
Prestaciones y conciertos	77,9	70,2	80,5	81,3

Fuente: Gobierno de Navarra

## 2. PARA IGUALAR LA MEDIA DE LA OCDE HABRÍA QUE INCREMENTAR EL NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS UN 30%

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. De éstas, pertenecen al sistema público de salud, Osasunbidea, el 70%.

Desde 2010 a 2018, mientras la población ha crecido, el número de camas instaladas ha descendido en 51 camas, 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**

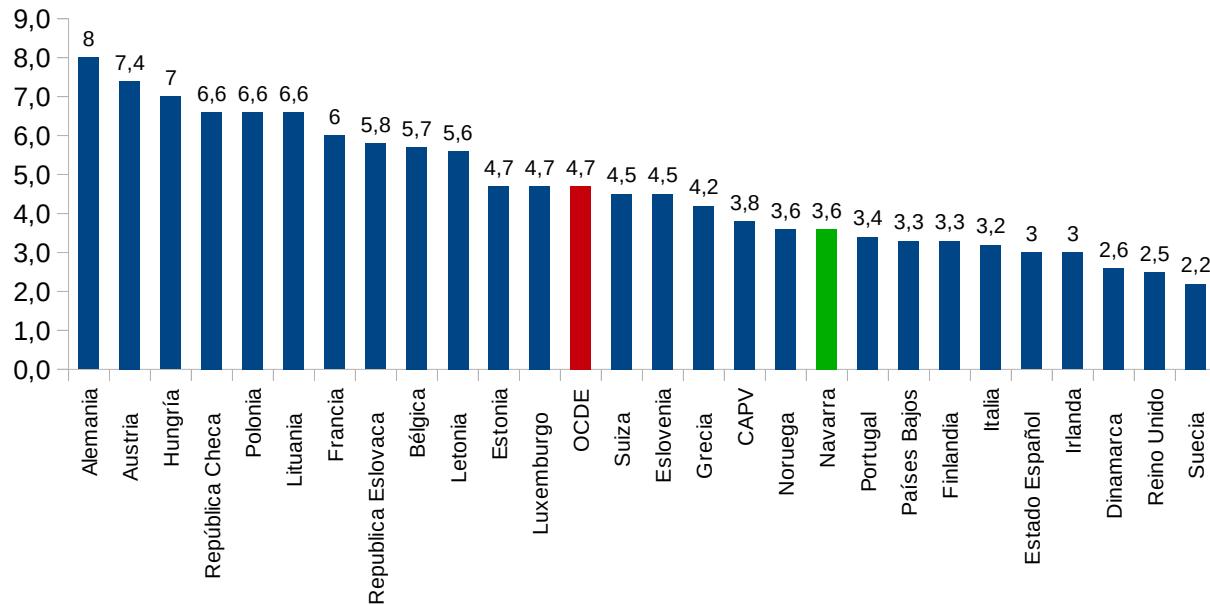
	2010	2018
Camas	2.423	2.372
Población	636.924	647.554
Ratio camas / 1.000 habitantes	3,80	3,66

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 Navarra se encuentra 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, 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% 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. Esto supone que el ratio de camas disponibles por el SNS-O por cada 1.000 habitantes es del 2,6%.

### **3. DEBAJO DE LA MEDIA DEL ENTORNO EN PERSONAL SANITARIO**

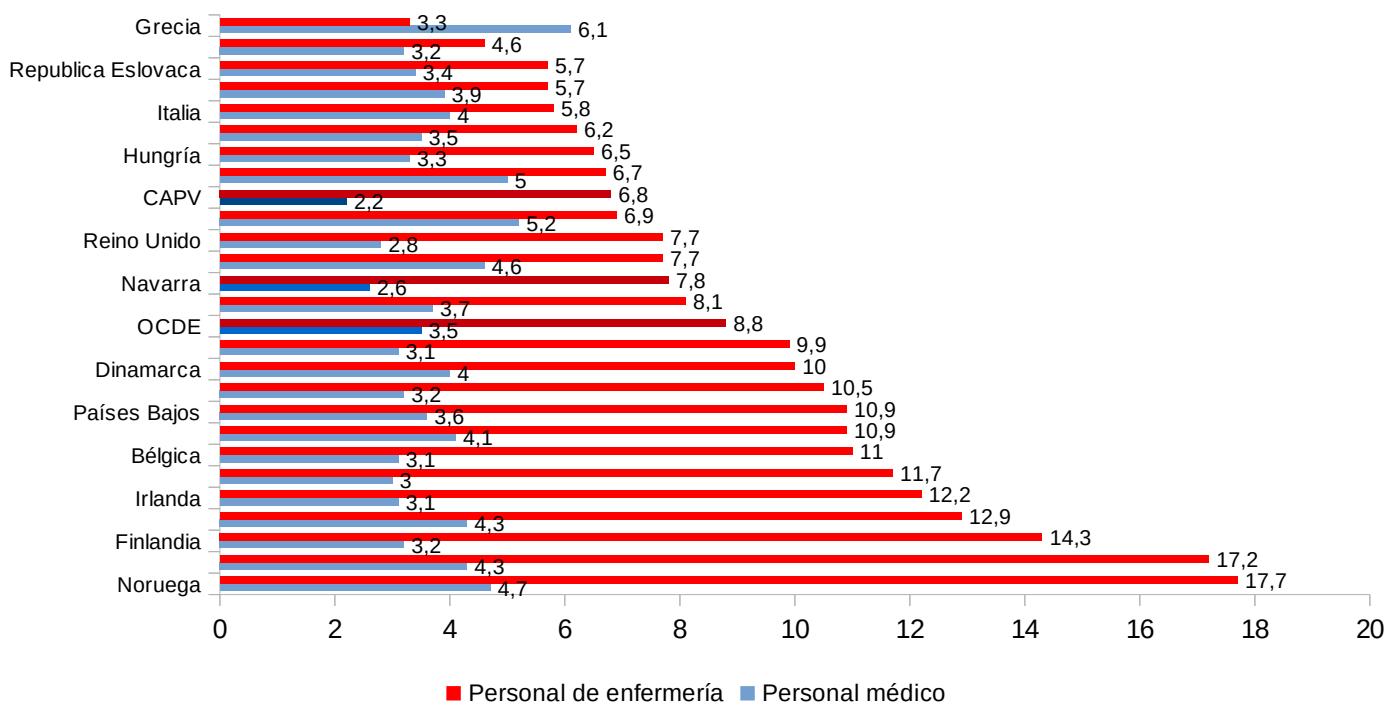
Para medir la carga que genera la actividad que se lleva a cabo en la sanidad, es necesario también contabilizar el personal con el que se cuenta.

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 es de 7,85 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, 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.

**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 (*Informac. estadística de Hospitales: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada*)

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

### 4.1.- *Más de la mitad de la plantilla es temporal*

La plantilla total del SNS-O ha sido de 10.816 personas en 2019 (último dato disponible). El 79,8% son mujeres (8.637), y el 20,2% hombres (2.179). El personal fijo, en cambio, lo componen 4.914 personas, de las cuales las mujeres son el 77%. Esto es, el porcentaje de mujeres es más bajo entre la plantilla fija del SNS-O que en el total de la plantilla.

#### Plantilla del SNS-O por contratación y sexo, 2019

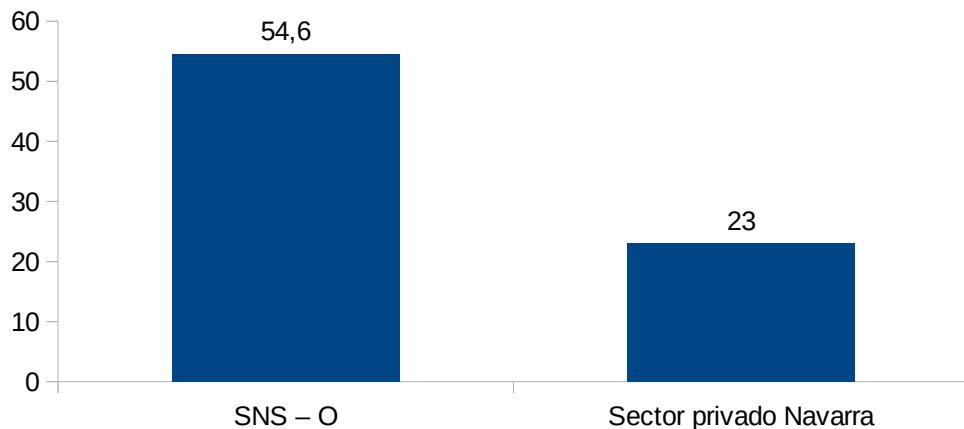
	Plantilla total		Fijos	
	Mujeres	Hombres		
Mujeres	8.637	2.179	79,8%	3.825
Hombres			20,2%	1.090
<b>Total</b>	<b>10.816</b>			<b>4.914</b>

Fuente: Memoria del SNS-O 2019

Más de la mitad de la plantilla del SNS-O tiene un contrato temporal (el 54,6%), ya que hay 5.902 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 (54,6%) es 31,6 puntos más alta que la tasa de temporalidad media que hay en el sector privado en Navarra (23% en el cuarto trimestre de 2019).

**Tasa de temporalidad media, 2019**



Fuente: Memoria del SNS-O 2019, INE

#### **4.2.- Desde 2011 se ha destruido 1 de cada 5 plazas de personal fijo**

La evolución de los últimos años de la plantilla es aún más preocupante. Si bien en 2019 la plantilla total del SNS-O ha sido la más alta de esta década, el número de personal fijo ha sido el menor de todos estos años (1.263 trabajadoras y trabajadores fijos menos que en 2011). Esto hace que la tasa de temporalidad se haya disparado. Esto es, desde 2011 se ha destruido 1 de cada 5 plazas de personal fijo del SNS-O.

**Evolución de la plantilla del SNS-O por tipo de contratación, 2010-2019**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Plantilla total	9.950	10.160	9.650	9.513	9.590	9.733	9.613	10.277	10.674	10.816
Plantilla fija	5.601	6.177	6.130	5.966	5.753	5.643	5.380	5.205	5.104	4.914
Tasa temporalidad	43,7	39,2	36,5	37,3	40,0	42,0	44,0	49,4	52,2	54,6

Fuente: Memorias del SNS-O

#### **4.3.- El 64,3% 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 64,3% del personal fijo es mayor de 51 años.
- Las personas mayores de 61 años son el 17%, mientras que las menores de 40 son el 5,2%.
- Sólo el 0,06% tiene menos de 30 años.
- En 2019 se jubilaron 164 personas (la Memoria de 2019 preveía 117 jubilaciones en 2020).

**Personal fijo por tramos de edad y sexo (%), 2019**

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
>65	0,20	0,38
61-65	11,36	5,02
56-60	20,28	5,26
51-55	16,20	5,56
46-50	15,19	4,20
41-45	9,99	2,25
36-40	3,20	0,89
31-35	0,40	0,13
<30	0,60	0,00

Fuente: Memoria del SNS-O 2019

#### **4.4.- El 92,9% de los contratos de jornada parcial recaen en las mujeres**

El 7,8% del total de la plantilla del SNS-O tiene un contrato con jornada parcial, 848 de las 10.816 personas que forman la plantilla. De éstas, 788 son mujeres. Esto es, el 92,9% de los contratos con jornada parcial los tienen mujeres (cuando son el 79,8% de la plantilla).

## **5. 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.

El Gobierno de Navarra presentó 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.

- **Más información y que reforzar la atención primaria para acelerar el proceso de vacunación**

Nos encontramos en pleno proceso de vacunación. Hay que garantizar el derecho de la población a acceder a la vacuna de la Covid-19, y por eso, en primer lugar hay que denunciar el control de la industria farmacéutica en este proceso, amparada por los acuerdos comerciales internacionales. Esta práctica está provocando que se limite el suministro mundial de las vacunas y que unas pocas empresas obtengan unos enormes beneficios por ello. La salud es un derecho, y no se puede aceptar la lógica de favorecer el negocio privado a costa de la salud para lo que, en este caso, el primer paso debería ser suprimir las patentes de la vacuna.

En relación a la campaña que se ha puesto en marcha en Navarra, ELA reclama al Gobierno de Navarra que traslade a toda la población, y a los colectivos concretos, los planes existentes, especialmente en el ámbito de Osasunbidea. El Gobierno de Navarra se remite continuamente a las decisiones que se toman a nivel estatal, de manera que a día de hoy no se está informando de manera correcta sobre los criterios y los plazos de vacunación establecidos en Navarra.

Además de lo anterior, a la hora de afrontar el proceso de vacunación es indispensable reforzar la Atención Primaria. Un proceso de vacunación como el que se inicia ahora supone un reto para el sistema sanitario dada su dimensión y su prolongación en el tiempo. Al hecho de que este un nivel asistencial que lleva años infradotado y sobrecargado, se suma que los últimos meses sus tareas se han multiplicado: PCRs, cribados masivos, vacunación de la gripe, vacunación del COVID, etc.

## **6. LAS MEDIDAS QUE SE HAN TOMADO NO HAN SIDO PARA ERRADICAR LA PANDEMIA**

Tras las primeras olas 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 consecutivas olas que estamos viviendo van 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.

Después de un año desde el inicio de la pandemia se puede afirmar que no se ha actuado en consonancia con la envergadura del reto. Una y otra vez vuelven 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 de 2020, se podría entender que la situación era nueva, es inaceptable que tras tanto tiempo no se tenga una respuesta coherente a los repuntes que todo el mundo científico venía anunciando. No se ha tenido, ni se tiene, un panel de control de referencia que sea razonable.

## 7. PROPUESTAS DE ELA

Los datos analizados muestran que la situación del SNS-O 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.

Constantemente estamos ante nuevas olas que aumentan los casos de Covid-19 y colapsan los sistemas de salud. Ante esta situación, una vez que ha pasado casi un año desde la primera ola que nadie podía prever, las decisiones que se están tomando ante los nuevos rebrotos ya previstos 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 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 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% 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 publificación de los servicios de salud subcontratados, como por ejemplo las ambulancias o la limpieza. 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. El incremento de plantillas ha de 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.

*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, incluso la Cámara de Comptos ha concluido que las concertaciones no se hacen con motivo de ahorro, sino que, como es lógico, suponen un mayor gasto.

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

Hay que revertir la política de concertación y derivación, al mismo tiempo que se requiere más información 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.

### **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 equipararlo 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 equipararlo 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 un incremento de un 12% de la plantilla en personal de enfermería, y de un 35% en personal médico. 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 54,6% en el SNS-O.

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 si 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, como por ejemplo en pediatría.

*b) 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.

*c) Fortalecer el seguimiento y rastreo de la Covid-19*

La pandemia también se está utilizando para lavar la imagen de las fuerzas militares. El Gobierno de Navarra incluso solicitó que militares realizasen labores de rastreo. Esto muestra la falta de medios existente en el SNS-O. 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.

*d) 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.

*e) Formación adecuada y suficiente del personal*

Esta crisis sanitaria ha evidenciado que gran parte del personal 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.

*f) 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 el SNS-O, dificultando que se pueda compatibilizar con el ejercicio de la actividad privada.

*g) Controlar el complemento de productividad y ajustar la demanda mediante el aumento de la plantilla, no con horas extras*

Las horas extras o complemento de productividad (o como bien las enmascara la Administración con términos como peonadas, micro guardias, etc.) nacen de la imposibilidad de la Administración de dar un servicio a toda la demanda existente, lo que es aprovechado por algunas personas en el SNS-O.

El compensar, mediante horas extras, las carencias estructurales del SNS-O es algo que se lleva haciendo décadas y que se está agravando durante la pandemia. 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 del SNS-O con la demanda existente. Lamentablemente, en plena pandemia, el Departamento de Salud ha dicho que seguirá recurriendo al complemento de productividad para cubrir cargas de trabajo existentes debido a la falta de personal.

El pago de la productividad supone uno de los complementos variables de mayor coste para el SNS-O (que incluso ha sido fiscalizado por la Cámara de Comptos en junio de 2020). Se trata, además, de un sistema opaco y arbitrario en el pago de la productividad, ya que son, muchas veces, las propias personas beneficiarias quienes se encargan de gestionar tanto las horas como el personal necesario. La propia Consejera de Salud reconoció hace poco que no existe un sistema establecido de control de presencia o de la actividad que se realiza.

Es necesario establecer sistemas de control y aumentar la plantilla para ajustarla a la demanda existente y no suplir las carencias estructurales mediante horas extras o productividad.

*h) 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.)

- i) *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.

## 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, teniendo en cuenta que en los próximos años se va a jubilar gran parte de la plantilla, se debe negociar un plan que permita la euskaldunización efectiva del SNS-O. 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.

Se están aplicando medidas restrictivas que no están dando el resultado debido. ELA propone que, entre otras, se tomen las siguientes medidas:

- Importante refuerzo de la detección, rastreo y seguimiento de los casos de contactos, para garantizar la rápida identificación de la práctica totalidad de positivos.
- Aumento del personal sanitario para equipararlo 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.





[www.elaeus](http://www.elaeus)

**ELA**  
EUSKAL SINDIKATUA