

# IKUSMIRAN<sup>09</sup>

Análisis de la situación

## La sanidad en Hego Euskal Herria Urge una transformación

MONOGRÁFICO · Marzo de 2022

09



# Ikusmiran 09 | Marzo de 2022

## La sanidad en Hego Euskal Herria

### Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2. PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO</b> .....	<b>5</b>
<b>3. NÚMERO DE CAMAS</b> .....	<b>6</b>
<b>4. CONDICIONES DE TRABAJO Y ORGANIZACIÓN</b> .....	<b>7</b>
La alta tasa de temporalidad perjudica al sistema sanitario .....	7
La proporción entre los y las trabajadoras también influye en el servicio .....	8
Alto número de trabajadores y trabajadoras que se jubilarán en los próximos años .....	9
<b>5. EL SISTEMA SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN</b> .....	<b>9</b>
Gasto en salud en la Unión Europea.....	9
Gasto sanitario en Hego Euskal Herria .....	10
Gasto sanitario público consolidado. Estado Español (2019) .....	11
<b>6. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA POSTPANDEMIA</b> .....	<b>12</b>
<b>7. PROPUESTA DE LAB ANTE ESTA SITUACIÓN</b> .....	<b>13</b>



## 1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios de Hego Euskal Herria han mostrado importantes carencias en los últimos años. Al comienzo de la pandemia hablamos de temporalidad, privatizaciones, desequilibrio de las cargas de trabajo o pérdida de empleo fijo. Los últimos años han sido muy duros para el personal sanitario, con cargas de trabajo interminables y evidente desorganización, colapso en la atención primaria, falta de recursos tanto en las UCI como en urgencias... y, por si esto fuera poco, el fraude en las Ofertas Públicas de Empleo de Osakidetza.

De este modo, se ha puesto de manifiesto tanto el impecable trabajo del personal sanitario como la irresponsabilidad de quienes gestionan las instituciones. En general no se han destinado recursos suficientes ni se ha realizado ningún intento de cambiar profundamente un modelo que ya estaba enfermo. Sólo han puesto parches y además han sido escasos. No se ha realizado inversión suficiente en financiación, en aumento de plantillas o mejora de las condiciones de trabajo.

Con ello, este estudio pretende ser una aproximación a los problemas estructurales del sistema sanitario de Hego Euskal Herria.

## 2. PRINCIPALES CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

- El sistema sanitario de Hego Euskal Herria presenta carencias estructurales que, lejos de estar en vías de mejora, va empeorando en los últimos años:

- Cada vez tenemos menos camas, muy lejos de la media de la Unión Europea.
- Escasez de profesionales y falta de soberanía; las plazas de formación para MIR y Enfermería se deciden en Madrid.
- La escasez de personal impide un buen y eficaz servicio. Además, se producen desequilibrios entre los y las trabajadoras que repercuten directamente en la atención sanitaria. De hecho, no existe una norma que establezca la proporción que debe existir entre el número de habitantes y el de las y los trabajadores.
- Necesidad de mejorar las condiciones laborales. La escasez de personal repercute directamente en las cargas de trabajo de la plantilla, y aunque la pandemia ha empeorado esta situación, es una carencia que venía arrastrándose de antes. Las tasas de temporalidad de Osasunbidea y Osakidetza siguen al alza, alcanzando tasas que parecen increíbles (64% y 49,29% respectivamente). La brecha salarial en función del género entre los y las trabajadoras es del 20,40% en Osakidetza.
- Cada vez son menos los puestos fijos y más de la mitad la plantilla se jubilará en los próximos 10 años.
- Los servicios se están privatizando continuamente y la propia gestión se realiza desde una perspectiva mercantilista (Unidades de Gestión Clínica).

-En Hego Euskal Herria no se hace el esfuerzo necesario en cuanto a la financiación de la sanidad pública. En la Comunidad Autónoma del País Vasco sólo el 6,1% del PIB se destina a sanidad pública y en la Comunidad Foral de Navarra en torno al 5,4%. Si queremos hacer frente a las carencias que hemos mencionado, tener financiación suficiente será un requisito indispensable para el que, al parecer, no hay voluntad política. Reivindicamos que la cantidad destinada a sanidad pública sea como mínimo del 7% del PIB.

- Además, en los últimos años podemos ver que el peso del sector público en la sanidad lejos de reforzarse, se está debilitando. Si en 2009 el sector público financiaba el 75% de los gastos sanitarios totales, en 2019 este dato ha pasado a ser del 68,9%.

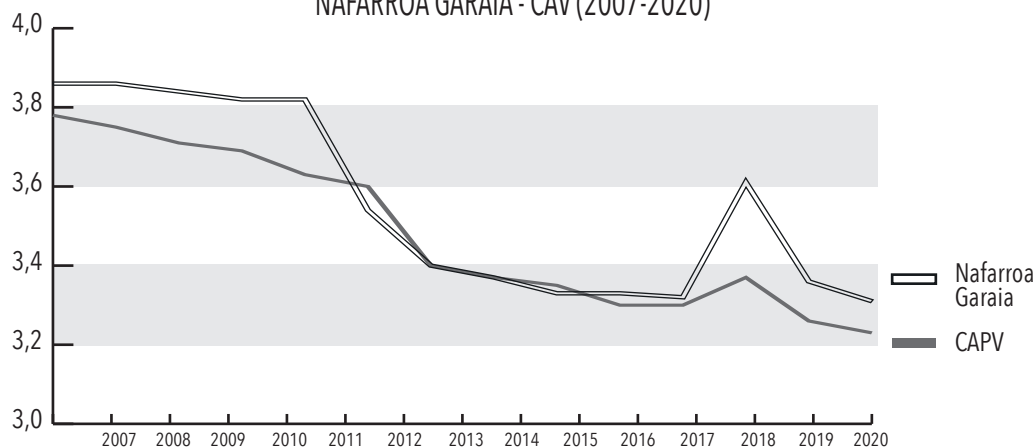
### 3. NÚMERO DE CAMAS

**A**unque no es un indicador esencial para medir la calidad del sistema sanitario, resulta interesante. Además, teniendo en cuenta las carencias y dificultades de la sanidad pública en el contexto de la pandemia, creemos que es un indicador a analizar.

La principal conclusión que obtenemos es que, al menos en los últimos 13 años, el número de camas ha disminuido. Si en 2007 la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma Vasca contaban con 3,86 y 3,78 camas por cada 1000 habitantes en el conjunto del sistema sanitario (público y privado), en 2020 la cifra pasó a ser de 3,31 y 3,23. Es decir, de las 2517 camas que inicialmente había en la CFN se han eliminado 360 y en la CAPV 1200 camas de las 8246 existentes.

En la Comunidad Foral de Navarra el 71% de las camas son del sistema público, en la Comunidad Autónoma Vasca el 83%.

**NÚMERO DE CAMAS POR 1.000 HABITANTES**  
NAFARROA GARAIA - CAV (2007-2020)



Fuente: Ministerio de Sanidad Español

Además de una evolución negativa, la siguiente tabla muestra que estamos muy lejos de la media europea. Se analiza el número de camas por 100000 habitantes. Si la media europea es de 531,97 camas por 100000 habitantes, en la Comunidad Autónoma del País Vasco hay 336 camas y 326 en la Comunidad Foral de Navarra.

CAMAS POR 100.000 HABITANTES									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UE-27	567,62	563,01	556,81	551,89	549,02	545,14	541,21	538,18	531,97
Alemania	837,84	833,62	827,77	822,82	813,31	806,26	800,23	798,35	791,48
Bulgaria	644,92	661,22	681,64	712,98	723,50	726,95	745,40	756,91	774,07
Rep. Checa	706,32	693,02	670,16	667,63	666,72	666,45	662,74	661,82	658,04
E. Español	304,63	299,09	296,34	296,63	297,92	296,59	297,43	297,15	294,60
E. Francés	635,99	633,94	627,18	619,68	613,46	605,88	598,02	590,85	583,79
Suecia	270,04	265,67	259,30	253,79	243,94	233,89	221,19	213,33	207,10
CAPV	382,00	354,00	340,00	337,00	333,00	333,00	332,00	361,00	336,00
CFN	363,00	360,00	340,00	337,00	335,00	330,00	330,00	337,00	326,00

Iturria: Eurostat y Ministerio de Sanidad Español

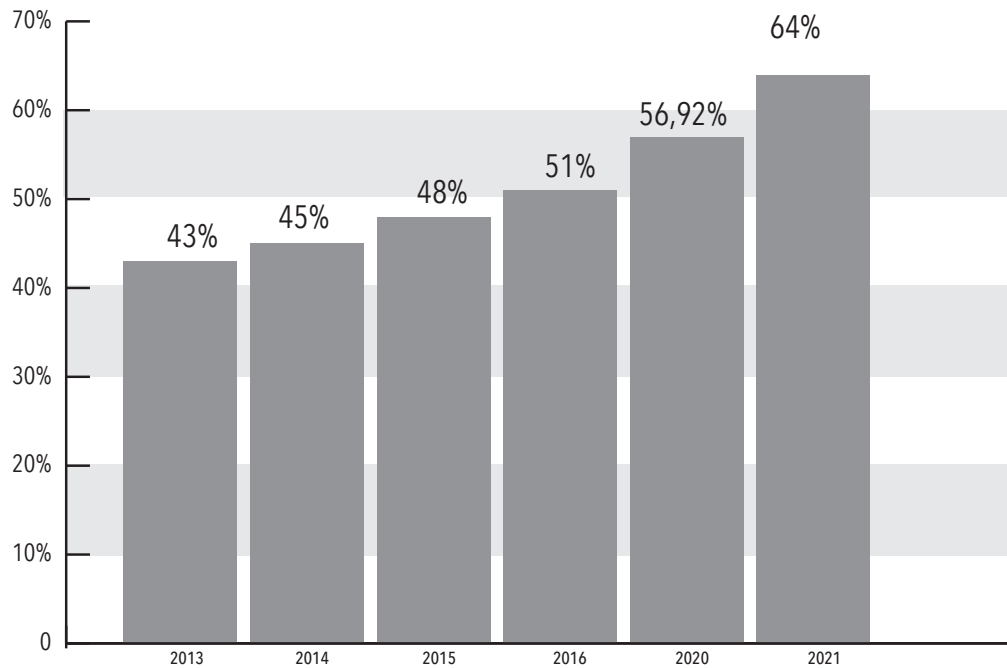
Para poder llegar a la media de la Unión Europea se necesitarían 1384 camas más en la CFN, un 39% más que las actuales, y en la CAPV serían 4148 camas, un 37% más que las actuales.

## 4. CONDICIONES DE TRABAJO Y ORGANIZACIÓN

### La alta tasa de temporalidad perjudica al sistema sanitario

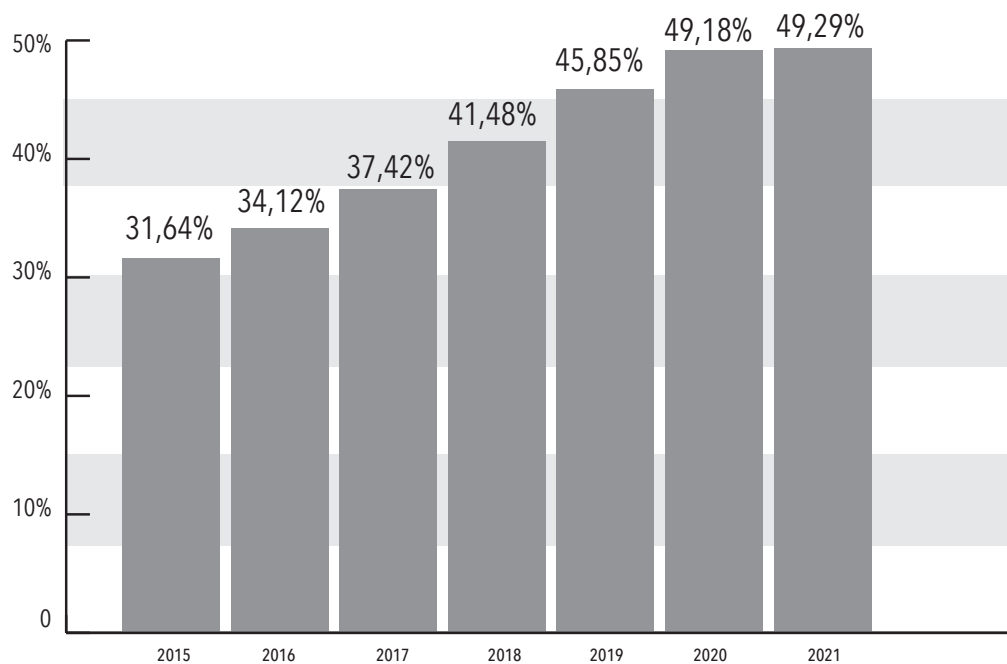
La calidad del empleo está directamente relacionada con la calidad asistencial. En la actualidad las tasas de temporalidad del personal sanitario son especialmente importantes e incluso siguen aumentando año tras año. Aunque los contratos eventuales que se han celebrado como consecuencia de la pandemia en 2020 y 2021 han contribuido a elevar este porcentaje, las importantes tasas de temporalidad del sistema sanitario de Hego Euskal Herria muestran un grave problema estructural

#### TASAS DE TEMPORALIDAD EN OSASUNBIDEA



Fuente: Cámara de Comptos de Navarra

#### TASAS DE TEMPORALIDAD EN OSAKIDETZA



Fuente: elaboración propia con datos del Gobierno Vasco

Nota: en Osakidetza el dato de temporalidad varía en los distintos meses, el dato de la gráfica es de Febrero de 2021, pero por ejemplo en Agosto de 2021 la temporalidad se elevaba al 52,33%

## La proporción entre los y las trabajadoras también influye en el servicio

En la atención directa se trabaja con casi la mitad de la plantilla en comparación con Europa. Además, se producen desequilibrios entre los y las trabajadoras que afectan a la eficacia del propio sistema. De hecho, tiene que haber proporcionalidad entre los niveles de la plantilla en los equipos sanitarios para no priorizar a unas trabajadoras frente a otras. Y en nuestro caso, estos desequilibrios los podemos observar, por ejemplo, en un exceso de personal médico en comparación con otros y otras trabajadoras, ya que por falta de personal no se le puede hacer un seguimiento suficiente al exceso de pruebas y consultas.

Básicamente, la calidad de la sanidad en un país es mejor cuando el número de personal sanitario por habitante es más alto, pero también hace falta un equilibrio entre dichos trabajadores y trabajadoras.

Hemos podido analizar los ratios tanto de personal médico como de personal de enfermería de Hego Euskal Herria, y observamos que contamos con muy poco personal de enfermería en comparación con la mayoría del resto de Europa. Además, no hay el equilibrio necesario entre enfermeras, enfermeros y médicas, médicos.

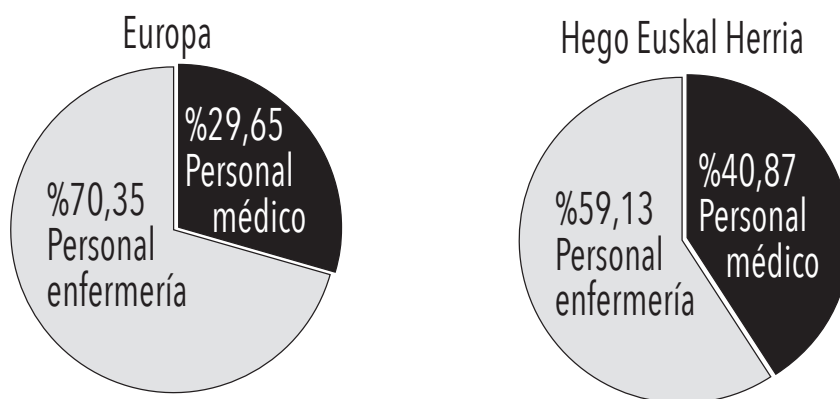
	Ratio enferm*	Ratio medic*	enferm/medic**
Bélgica	19,46	3,07	6,34
Noruega	18,22	2,92	6,25
Suiza	17,54	4,30	4,08
E. francés	11,47	3,27	3,51
Hego Euskal Herria	7,93	5,48	1,44
E. español	5,73	3,87	1,48
Grecia	3,63	5,48	0,66

Fuente: Instituto Español de Investigación Enfermera

\* Ratio: n.º de médic/enfermer. por 1000 habitantes

\*\* N.º de personal enfermería por personal médico

## RÁTIOS DE PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA



Fuente: Instituto Español de Investigación Enfermera

Según la ratio que define la Organización Mundial de la Salud, en Hego Euskal Herria necesitaríamos 2482 enfermeras y enfermeros más para poder ofrecer una atención sanitaria más digna.

	N.º enfermer.	Ratio*	OMS 8,77
Araba	2827	8,57	66
Bizkaia	8713	7,62	1315
Gipuzkoa	5286	7,38	996
Nafarroa Garaia	5650	8,61	105
<b>Hego Euskal Herria</b>	<b>22476</b>	<b>7,93</b>	<b>2482</b>

Fuente: Instituto Español de Investigación Enfermera

\* n.º de enfermeras por 1000 habitantes



## Alto número de trabajadores y trabajadoras que se jubilarán en los próximos años

En 10 años se jubilará el 53% de la plantilla fija en Osasunbidea y el 55% de Osakidetza. La plantilla fija no se está renovando con carácter general o, al menos, lo está haciendo de modo insuficiente. En Osasunbidea en los últimos diez años se ha perdido el 19% de la plantilla fija. En Osakidetza, a pesar de que hubo un incremento de la plantilla fija en 2019, la tendencia de los últimos años ha sido a la baja. Dada la edad del personal sanitario, si no se toman medidas, el descenso de la plantilla fija será muy importante a medida que el personal actual se vaya jubilando.

## 5. EL SISTEMA SANITARIO Y SU FINANCIACIÓN

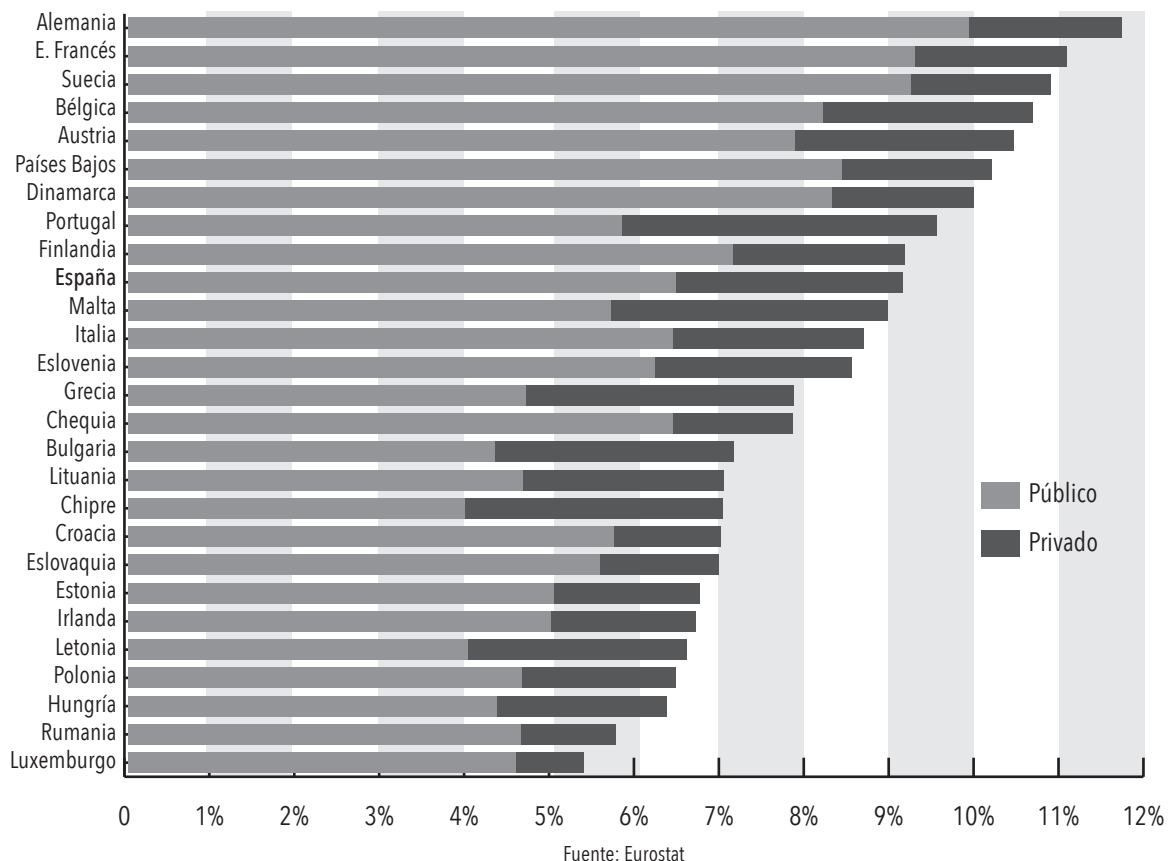
La protección de la salud, tanto física como mental, es un derecho fundamental; además, constituye la base sobre la que disfrutar el ejercicio del resto de derechos humanos. Por tanto, los poderes públicos tienen la obligación de garantizar el acceso universal a una atención sanitaria de calidad, en condiciones de igualdad para todas las personas e independientemente de su extracción social y capacidad económica.

En este sentido, las estadísticas sobre el gasto dedicado a la atención sanitaria y su financiación proporcionan información muy útil para evaluar el esfuerzo económico realizado para responder a las necesidades sanitarias de la población.

### Gasto en salud en la Unión Europea

El volumen de gasto dedicado a sanidad en el conjunto de la Unión Europea representó el 9,9% del PIB en el año 2019, es decir, antes de la pandemia por covid. Aunque, evidentemente, existe una gran disparidad entre los diferentes Estados miembro.

GASTO EN SALUD EN RELACIÓN CON EL PIB (%)  
Y PARTICIPACIÓN DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO (2019)



En concreto, los estados alemán y francés encabezan el ranking comunitario de gasto sanitario expresado en porcentaje del PIB, con el 11,7% y el 11,1% respectivamente.

En el Estado español los gastos en salud representan el 9,1% del PIB. Este porcentaje le sitúa en el décimo puesto entre los miembros de la UE-27, pero ligeramente por debajo del promedio europeo.

Por otro lado, es muy importante cuantificar la participación del sector público en la financiación del gasto sanitario total. La contribución del sector público no solo es fundamental, sino que además debería tener un peso considerable con el fin de garantizar que el acceso a los servicios sanitarios cumpla los principios de universalidad y equidad anteriormente enunciados.

Por el contrario, cuanto mayor sea el gasto sanitario privado significará que existe una mayor interferencia de intereses que priorizan el beneficio económico y amenazan el derecho a la protección de la salud en igualdad de condiciones con independencia del nivel de ingresos y la capacidad económica de las personas.

El peso del gasto sanitario público<sup>1</sup> en la Unión Europea representa más del 79% del gasto sanitario total, según las estadísticas de Eurostat correspondientes al año 2019. De hecho, en la mayoría de los Estados miembro el sector público asume un papel preeminente. Concretamente, en dos terceras partes de los estados la contribución del gasto público en salud está por encima del 70% respecto al total.

En el Estado español el porcentaje de participación del ámbito público en la provisión de bienes y servicios sanitarios es algo inferior a la media europea, y se sitúa en el 70,6% del total.

Por tanto, el nivel de gasto público sanitario en el Estado representa el 6,45% del PIB. Este indicador nos da una idea del esfuerzo financiero que realiza el sector público en salud, y nos permite hacer comparaciones con otros países del entorno geográfico.

En la Europa de los Veintisiete el gasto sanitario público alcanza una media del 7,9% sobre el PIB. Y son seis los Estados miembro donde se supera este promedio: Alemania, Francia, Suecia, Países Bajos, Dinamarca y Bélgica.

## Gasto sanitario en Hego Euskal Herria

En lo referente a la situación en nuestro país, nos hemos encontrado con algunas dificultades a la hora de analizar evolución del gasto sanitario total y calcular que porcentaje representa del PIB.

En concreto, el último informe publicado de la Cuenta de la Sanidad de Navarra, analizaba el gasto sanitario correspondiente al período 2006-2007. Desde entonces el gobierno foral no ha actualizado esta operación estadística, incumpliendo así el compromiso de presentar el estudio con una periodicidad bienal.

Esta deficiencia impide disponer de una panorámica completa para los cuatro territorios de Hego Euskal Herria en relación al esfuerzo económico dedicado al cuidado de la salud. Sin embargo, el EUSTAT si proporciona información detallada del gasto sanitario en la CAPV.

En 2019 (último dato disponible) el gasto en salud ascendió a un total de 7.041,8 millones de euros. Este volumen de gasto supone el 8,9% del PIB.

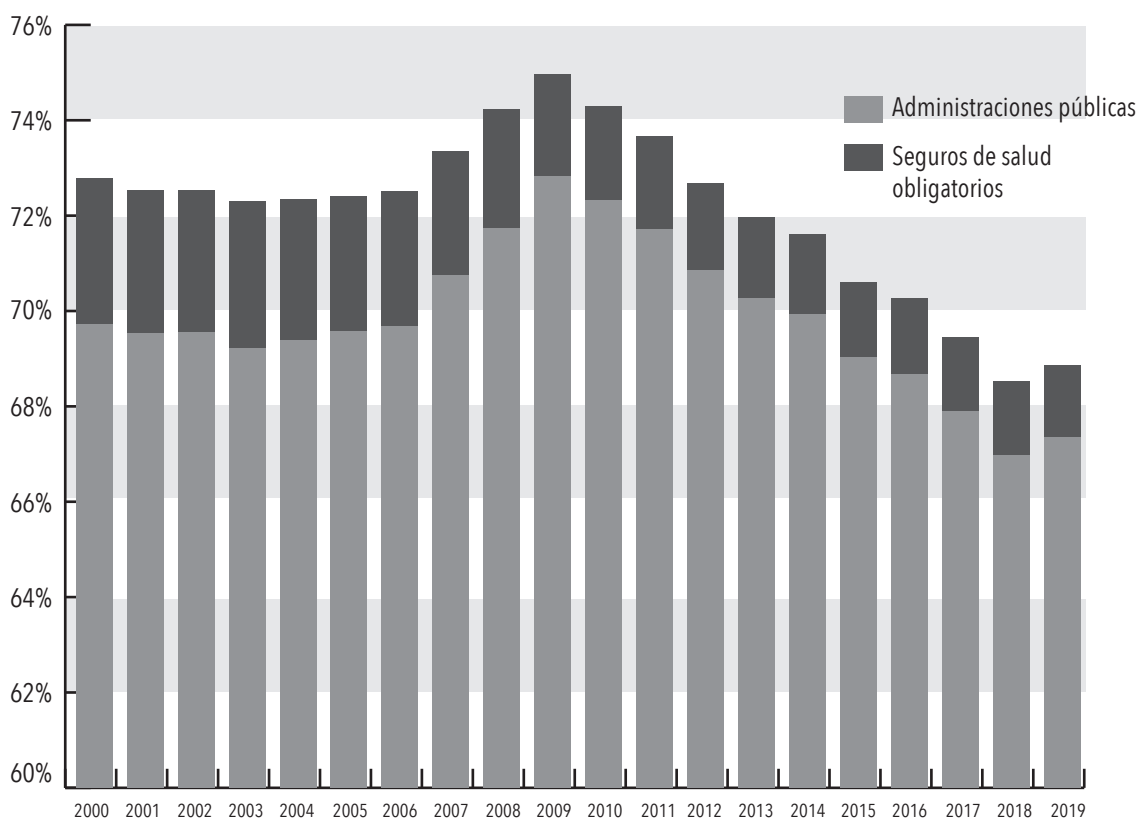
Además, el sector público<sup>2</sup> asumió la financiación del 68,9% del gasto sanitario total, lo que equivale al 6,1% del PIB.

El estudio de estos indicadores básicos (tanto el gasto en relación al PIB como la contribución financiera del sector público) revela que en nuestro país el esfuerzo dedicado a la protección de la salud es inferior al de la Unión Europea, en promedio; incluso comprobamos que está por debajo del realizado en el Estado español.

1 Incluye como agentes de financiación las administraciones públicas y los sistemas de atención sanitaria de aportación obligatoria y contributiva, que generalmente forman parte o colaboran con la seguridad social (en el caso del Estado español se trata de las mutuas colaboradoras y las mutualidades de funcionarios)

2 Incluye el conjunto de las administraciones públicas y los seguros de pago obligatorio (mutuas de accidente de trabajo y mutualidades asociadas a la función pública)

## ESFUERZO DEL SECTOR PÚBLICO RESPECTO AL GASTO CORRIENTE TOTAL EN SALUD



Fuente: Eustat

Asimismo, cabe destacar que la participación del sector público en la financiación de los gastos sanitarios se ha reducido en los últimos años, pasando del 75% en 2009 al 68,9% en 2019.

Esta tendencia supone una peligrosa amenaza frente al derecho a proteger la salud de todas las personas en condiciones de igualdad efectiva y sea cual sea su capacidad de pago. Después de todo, la asistencia sanitaria privada se rige por criterios de beneficio económico y no está sujeta a los principios generales de universalidad, igualdad y solidaridad, que orientan deben inspirar la actuación del sistema sanitario público.

Asimismo, resulta bastante clarificador recordar que en el Estado español las competencias en materia sanitaria están transferidas a las CC.AA., de manera que tienen plena responsabilidad en la prestación de servicios de salud pública y asistencia sanitaria.

### Gasto sanitario público consolidado. Estado Español (2019)

Administrazio zentrala	0,9%
Gizarte Segurantzza sistema	2,3%
Funtzionarioen Mutualitateak	3,0%
Autonomia Erkidegoak	93,0%
Toki-korporazioak	0,9%
<b>OSASUNGINTZAN GASTU PUBLIKOA</b>	<b>100%</b>

Esto convierte a las administraciones autonómicas en el agente institucional que mayor carga asume en la financiación del gasto sanitario público, siendo responsables del 93% del total.

Por tanto, podemos estimar de forma aproximada que en la Comunidad Foral de Navarra la proporción de riqueza dedicada a gasto sanitario público difícilmente llegará a superar el 5,4% del PIB.

Por último, es importante señalar que una parte significativa del gasto público sanitario va destinado a financiar servicios de atención sanitaria que las administraciones públicas no proporcionan directamente, sino que son subcontratados mediante conciertos suscritos con profesionales y empresas privadas.

En 2019 un 5,4% del gasto sanitario autonómico de la CAPV se destinó a cubrir el coste económico de estos conciertos con el sector privado, lo que equivale a 221 millones de euros. Ahora bien, esta cifra es provisional, y en años anteriores el porcentaje de gasto absorbido por estos conciertos se ha movido entre el 7% y el 6,5%.

En la Comunidad Foral de Navarra, el montante destinado ese mismo año a conciertos con la sanidad privada ascendió a más de 72 millones, es decir, un 6,8% del gasto que la administración autonómica destinó a sanidad.

## 6. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA POSTPANDEMIA

La quiebra de los sistemas públicos de salud postpandemia tiene su mayor exponente en el colapso de la asistencia primaria.

Tras una descapitalización prácticamente permanente desde la contrarreforma sanitaria puesta en práctica y liderada por Azkuna y Cervera a finales de los noventa, la pérdida de capacidad asistencial y el desmantelamiento ha sido continuo en los centros de salud de Osasunbidea y Osakidetza.

Así se llegó a la crisis sanitaria del Covid sin plantilla y sin liderazgo asistencial ( en diferentes estudios se ha publicado que en los modelos donde la asistencia primaria funcionó de manera eficaz los datos de mortalidad del Covid disminuyeron de manera determinante).

En Osakidetza además los procesos de integración en Organizaciones Sanitarias Integradas ( OSIs) han fagocitado completamente la actividad de los centros de salud.

Tras dos años de pandemia el colapso es evidente. Los Equipos de AP trabajan atendiendo a pacientes con agendas imposibles. No se sustituyen las ausencias por bajas o vacaciones y la introducción de consultas no presenciales ha sido la última agresión a un sistema asistencial prácticamente obsoleto. Las actividades sanitarias propias de la primaria ( salud comunitaria, educación, prevención..) desaparecidas.

El problema de falta de la contratación de médicas de familia es un problema ya estructural al que no se le pone ninguna solución, ni formativa ( la cuota de acceso a la formación universitaria y a las plazas de residentes de medicina de familia siguen congeladas desde hace años ) ni laboral ( contratos precarios, jornadas irregulares, tasa de eventualidad elevadísima).

En cualquier modelo sanitario de nuestras características se considera que al menos un 25% de presupuesto sanitario publico debiera asignarse de forma finalista a la asistencia primaria; en nuestros sistemas el presupuesto no alcanza al 20% al darse total prioridad a la estructura hospitalaria( mucho mas dependiente de la alta tecnología sanitaria y sus inversiones millonarias).

Por último y durante la pandemia ha sido muy grave la incentivación de los aseguramientos privados para la asistencia sanitaria "rápida y cercana" que la primaria publica no puede ofrecer por falta de recursos. Esta situación no hace más que afianzar la privatización de todo el sistema de salud que sin una asistencia primaria eficaz deja de ser : " universal, accesible y equitativo" que es para lo que nació y debe existir.

## 7. PROPUESTA DE LAB ANTE ESTA SITUACIÓN

- Siendo la sanidad pública uno de los pilares principales del bienestar de un país, la inversión que se haga en ella tiene una importancia vital. Además, dicha inversión debería depender de la riqueza generada en un país, lo que, a falta de otros indicadores más adecuados, viene determinado por el porcentaje del Producto Interior Bruto. Creemos que hay que invertir más del 7% del PIB en sanidad pública, y de esa inversión se debería destinar al menos el 25% a la atención primaria.

- Reivindicamos acabar con las privatizaciones y la reversión de los servicios que ya se han privatizado. Porque una empresa privada priorizará sus beneficios económicos antes que las salud y los servicios. Las privatizaciones provocan un empeoramiento de las condiciones laborales y de los servicios. En la misma línea, reclamamos medidas para que la sanidad no sea gestionada desde una perspectiva puramente mercantilista, y por tanto, deberían de excluirse las Unidades de Gestión Clínica.

- Tal y como recogíamos en la propuesta LOREA de LAB, reivindicamos la necesidad de una ley de ratios para los servicios de salud que establezca claramente el número de profesionales, tanto sanitarios como de otros ámbitos, con respecto a la población a la que hay que atender. De este modo, se permitiría asegurar un empleo digno y estable, se podría blindar la sanidad pública frente a las privatizaciones y ofrecer un mejor servicio sanitario.

- Acabar con la temporalidad. No es posible tener las tasas de temporalidad actuales. La temporalidad por encima del 15% no es aceptable. Es imprescindible realizar procesos de estabilización de los y las trabajadoras y negociar un plan de empleo que contemple el cambio generacional.

- Garantizar el acceso universal a la sanidad.

