

IKUSMIRAN⁰⁹

egoeraren azterketa

Osasungintza Hego Euskal Herrian Eraldaketa baten beharra

MONOGRAFIKOA · 2022ko martxoa

09

Ikusmiran 09 | 2022ko martxoa

Osasungintza Hego Euskal Herrian

Aurkibidea

1. SARRERA	5
2. AZTERKETAREN ONDORIO NAGUSIAK.....	5
3. OHE KOPURUA.....	6
4. LAN BALDINTZAK ETA ANTOLAKETA	7
Behin-behinekotasun tasa altuak osasun sistema kaltetzen du.....	7
Langileen arteko proportzioak ere eragina dauka zerbitzuan	8
Datozen urteetan erretiroa hartuko duten langile kopuru altua.....	9
5. OSASUN SISTEMAREN FINANTZAKETA	9
Osasun-gastua Europar Batasunean	9
Osasun gastua Hego Euskal Herrian	10
Osasun-gastu publiko kontsolidatua. Espainiako Estatua (2019).....	11
6. LEHEN ARRETA PANDEMIA OSTEAN.....	12
7. EGOERA HONEN AURREAN LAB-EN PROPOSAMENA.....	13

1. SARRERA

Hego Euskal Herriko osasungintza sistemek gabezia nabarmenak erakutsi dituzte azken urteetan. Behin-behinekotasunaz, pribatizazioetaz, lan kargen desorekaz edota enplegu finkoaren galeraz mintzo ginenean hasi zen pandemia gurean. Azken urteak urte gogorak izan dira osasun langileentzat, lan karga amaitezinak eta antolakuntza falta, lehen arretako kolapsoa, ZIU zein larrialdietan baliabide falta... eta gainera, Osakidetzan gertaturiko Lan Eskaintza Publikoetako iruzurra azaleratu da.

Agerian geratu da osasun langileen lan paregabea, eta baita instituzioak kudeatzen dituztenen arduragabekeria ere. Ez da oro har behar besteko baliabiderik bideratu, eta ez da inolako saiakerarik egin dagoeneko gaixotua zegoen eredu bat errotik aldatzeko. Partzeak jarri dituzte eta horiek ere urriak izan dira. Ez da behar besteko inbertsiorik egin finantziazioan, langile kopuruan edo lan baldintzak hobetze bidean.

Azterlan honek Hego Euskal Herriko osasungintza sistemaren egiturazko arazoei hurbilpen bat egiteko ekarpena izan nahi du.

2. AZTERKETAREN ONDORIO NAGUSIAK

- Hego Euskal Herriko osasungintza sistemak egiturazko gabeziak ditu, eta hobetze bidean egon beharrean, gabezia horietan sakontzen ari gara azken urteetan:

- Gero eta ohe kopuru txikiagoa dugu, Europar Batasuneko batezbestekotik oso urrun.
- Profesionalen eskasia eta burujabetza falta; MIR eta Erizainerako formazio plazak Madrilan erabakitzen dira.
- Langile kopuru eskasiak zerbitzu on eta eraginkorra ematea eragozten du. Gainera, osasun arretan ondorio zuzena eragiten duen desorekak gertatzen dira langileen artean. Izan ere, ez dago herritar kopuru eta langile kopuruaren artean egon beharreko proportzioa ezartzen duen araurik.
- Langileen lan baldintzak hobetzeko premia dago. Langile eskasiak langileen lan kargetan eragin zuzena du, eta pandemiak egoera hau okertu duen arren, lehenagotik zetorren egoera da. Osasunbidea eta Osakidetzako behin-behinekotasun tasek gorantz jarraitzen dute, sinistezin diruditen tasetara iritsiz (%64 eta 49,29 urrenez urren). Langileen artean sexu-generoaren araberako soldata arrakala dago, Osakidetzan %20,40koa hain zuzen ere.
- Lanpostu finkoak gero eta gutxiago dira, eta datozen 10 urteetan erretiroa hartuko duten langileak erdia baino gehiago.
- Zerbitzuak etengabe pribatizatzen ari dira, eta kudeaketa bera ikuspegi merkantilista batetik egiten da (Kudeaketa Klinikoko Unitateak).

- Hego Euskal Herrian ez da bertako langileriak behar duen besteko saiakerarik egiten osasungintza publikoaren finantziarioari dagokionean. Izan ere, aipatu ditugun gabeziei aurre egin nahi badiugu, finantziario nahikoa izatea ezinbesteko baldintza izango da, eta dirudienez, ez dago borondate politikorik horretarako. Osasungintza publikora bideratzen den diru kopurua gutxienez BPG-ren %7 izan behar duela aldarrikatzen dugu. Bada, Euskal Autonomia Erkidegoan BPG-ren %6,1 soilik bideratzen da osasungintza publikora, eta Nafarroako Foru Erkidegoan BPG-ren %5,4 inguru.

- Gainera, azken urteetan sektore publikoak osasungintzan duen pisua indartu beharrean, ahultzen ari dela ikus dezakegu. 2009an osasun gastu osoen %75a finantziatzen bazuen sektore publikoak, 2019an datu hori %68,9 izatera igaro da.

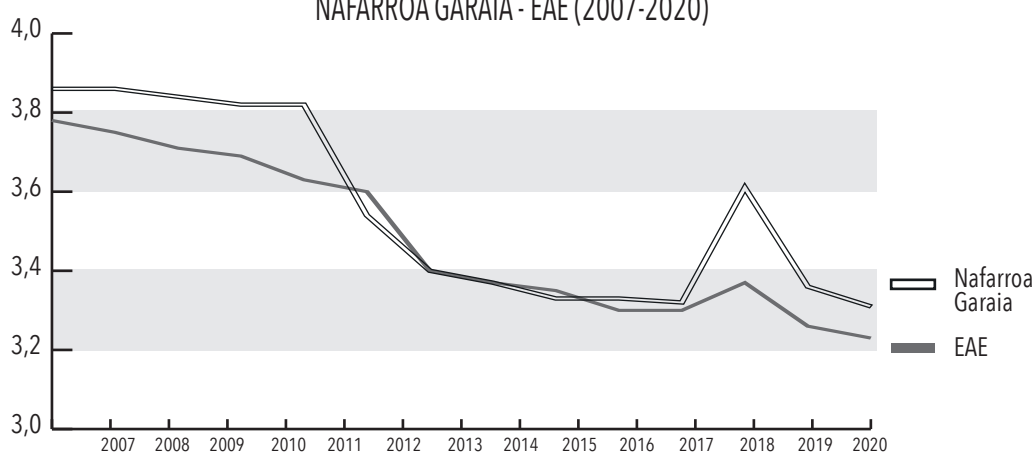
3. OHE KOPURUA

Osasungintza sistemaren kalitatea neurtzeko funtsezko adierazlea ez bada ere, bai garrantzitsua. Gainera, pandemiaren testuinguruan osasungintza publikoak izan dituen gabezia eta zailtasunak kontuan izanik, aztertu beharreko adierazlea dela uste dugu.

Ondorio nagusia da ohe kopuruak beherantz egin duela azken 13 urteetan behintzat. Nafarroako Foru Erkidegoan (NFE) eta Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) 2007n urrenez urren 1000 biztanleko 3,86 eta 3,78 ohe bazeuden osasun sistema osoan (publikoan zein pribatuan), 2020an 3,31 eta 3,23 izatera igaro zen kopurua. Hau da, NFE-n 2007an zeuden 2517 ohetatik 360 ohe itxi dira azken urte hauetan, eta EAE-n 8246tik 1200.

Nafarroako Foru Erkidegoan ohe guztien %71 da sistema publikokoa, Euskal Autonomia Erkidegoan %83.

OHE KOPURUA 1000 BIZTANLEKO
NAFARROA GARAIA - EAE (2007-2020)



Iturria: Espainiako Osasun Ministerioa

Bilakaera negatiboa izateaz gain, Europako batezbestekotik oso urrun gaudela ikus dezakegu ondorengo taulan. Taula honetan 100000 biztanleko ohe kopurua aztertu dugu. Europako batezbestekoa 100000 biztanleko 531,97 ohekoa bada, Euskal Autonomia Erkidegoan 336 ohe ditugu, eta 326 Nafarroako Foru Erkidegoan.

100000 BIZTANLEKO OHE KOPURUA									
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
EB-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
Txekiar Errep.	706,32	693,02	670,16	667,63	666,72	666,45	662,74	661,82	658,04
Espainiako Estaturia	304,63	299,09	296,34	296,63	297,92	296,59	297,43	297,15	294,60
Frantziako Estaturia	635,99	633,94	627,18	619,68	613,46	605,88	598,02	590,85	583,79
Suedia	270,04	265,67	259,30	253,79	243,94	233,89	221,19	213,33	207,10
EAE	382,00	354,00	340,00	337,00	333,00	333,00	332,00	361,00	336,00
NFE	363,00	360,00	340,00	337,00	335,00	330,00	330,00	337,00	326,00

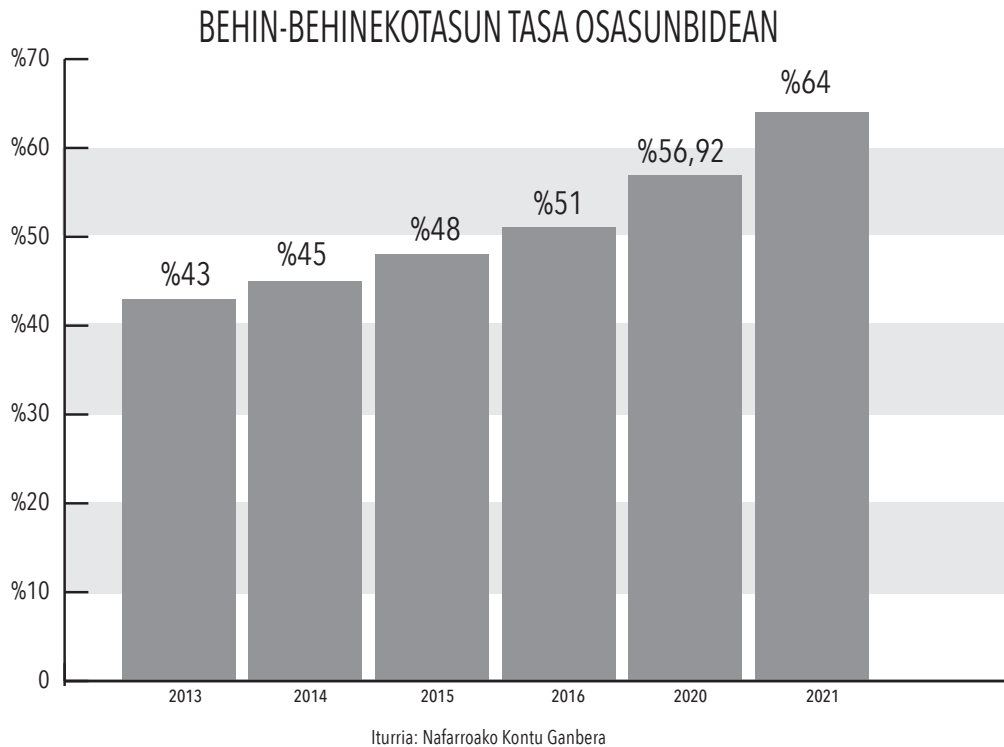
Iturria: Eurostat eta Espainiako Estatuko Osasun Ministerioa

Europar Batasuneko batezbestekora iritsi ahal izateko 1384 ohe gehiago beharko lirateke NFE-n, egungoak baino %39 gehiago, eta EAE-n 4148 ohe izango ziren, egungoak baino %37 gehiago.

4. LAN BALDINTZAK ETA ANTOLAKETA

Behin-behinekotasun tasa altuak osasun sistema kaltetzen du

Enpleguaren kalitateak harreman zuzena dauka asistentziaren kalitatearekin. Egun osasungintzako langileen behin-behinekotasun tasak izugarriak dira, eta are gehiago, urtez urte handitzen jarraitzen dute. 2020 eta 2021 pandemiaren ondorioz egin diren behin-behineko kontratuak ehuneko hori igotzen lagundu duten arren, Hego Euskal Herriko osasun sistemaren behin-behinekotasun tasa izugarriek egiturazko arazo larri bat erakusten dute.



OHARRA: Osakidetzan behin-behinekotasunaren datua hilabete desberdinetan aldatu egiten da, 2021eko Otsaileko datua jaso dugu, baina esaterako 2021eko Abuztuaren %52,33ra igotzen zen.

Langileen arteko proportzioak ere eragina dauka zerbitzuan

Zuzeneko arretari dagokionez, Europarekin alderatuta, ia kopuru erdiarekin ari dira lanean gurean. Gainera, langileen artean desorekak gertatzen dira, eta horrek, sistema beraren eraginkortasunari eragiten dio. Izan ere, langile mailen artean proportzionaltasuna egon behar du osasun taldeetan, langile batzuk besteen aurretik ez lehenesteko. Eta gurean, desoreka horiek adibidez beste langileekin alderatuta gehiegizko mediku kopuruan ikus ditzakegu, gehiegizko froga eta kontsultek ezin baitute behar besteko jarraipena izan bestelako langile faltagatik.

Funtsean, herrialde bateko osasungintzaren kalitatea hobea da biztanleko osasun-langile kopurua altuagoa denean, eta era berean, langile horien artean oreka bat behar da.

Hego Euskal Herriko mediku eta erizain ratioak aztertu ahal izan ditugu. Europako gainerako herrialde gehienekin alderatuta oso erizain gutxi ditugu Hego Euskal Herrian, eta gainera, ez dago erizain eta medikuen artean behar litzatekeen orekarik.

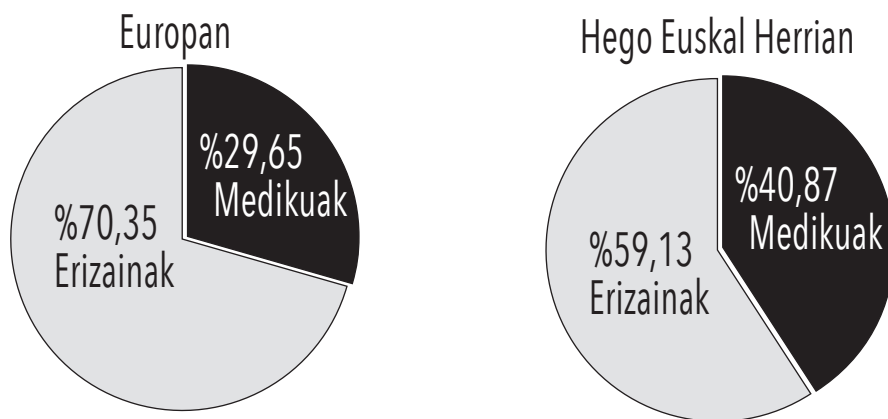
	Erizain ratioa*	Mediku ratioa*	Erizain/mediku**
Belgika	19,46	3,07	6,34
Norvegia	18,22	2,92	6,25
Suitza	17,54	4,30	4,08
Frantziako E.	11,47	3,27	3,51
Hego Euskal Herria	7,93	5,48	1,44
Espainiako E.	5,73	3,87	1,48
Grezia	3,63	5,48	0,66

Iturria: Instituto Español de Investigación Enfermera

* Ratioa: 1000 biztanleko erizain/mediku kopurua

** Mediku bakoitzeko erizain kopurua

MEDIKU ETA ERIZAIN RATIOAK



Iturria: Instituto Español de Investigación Enfermera

Osasunaren Mundu Erakundeak zehazten dituen ratioen arabera gainera, Hego Euskal Herrian 2482 erizain gehiago behar genituzke osasun arreta duinago bat eskaini ahal izateko.

	Erizain kopurua	Ratioa*	OME 8,77
Araba	2827	8,57	66
Bizkaia	8713	7,62	1315
Gipuzkoa	5286	7,38	996
Nafarroa Garaia	5650	8,61	105
Hego Euskal Herria	22476	7,93	2482

Iturria: Instituto Español de Investigación Enfermera

* 1000 biztanleko erizain kopurua

Datozen urteetan erretiroa hartuko duten langile kopuru altua

10 urtetan plantilla finkoaren %53 erretiratuko da Osasunbidean, eta Osakidetzaren %55. Plantilla finkoa ez da berritzen ari oro har, edo behintzat, ez behar beste. Osasunbidean azken hamar urtetan plantilla finkoaren %19 galdu da, eta Osakidetzan ere, 2019an plantilla finkoaren igoera bat izan arren, azken urteetako joera beheranzkoa izan da. Osasungintzako langileriaren adina ikusirik, neurriak hartu ezean, plantilla finkoaren jaitsiera izugarria izango da egungo langile finkoak erretiroa hartzen joan ahala.

5. OSASUN SISTEMAREN FINANTZAKETA

O sasuna babestea, fisikoa zein mentala, oinarrizko eskubidea da; gainera, gainerako giza eskubideak izateko oinarria da. Beraz, botere publikoek kalitatezko osasun-arreta jasotzeko aukera unibertsala bermatu behar dute, pertsona guztiarentzat berdintasun-baldintzetan, pertsona horien egoera soziala eta gaitasun ekonomikoa alde batera utzita.

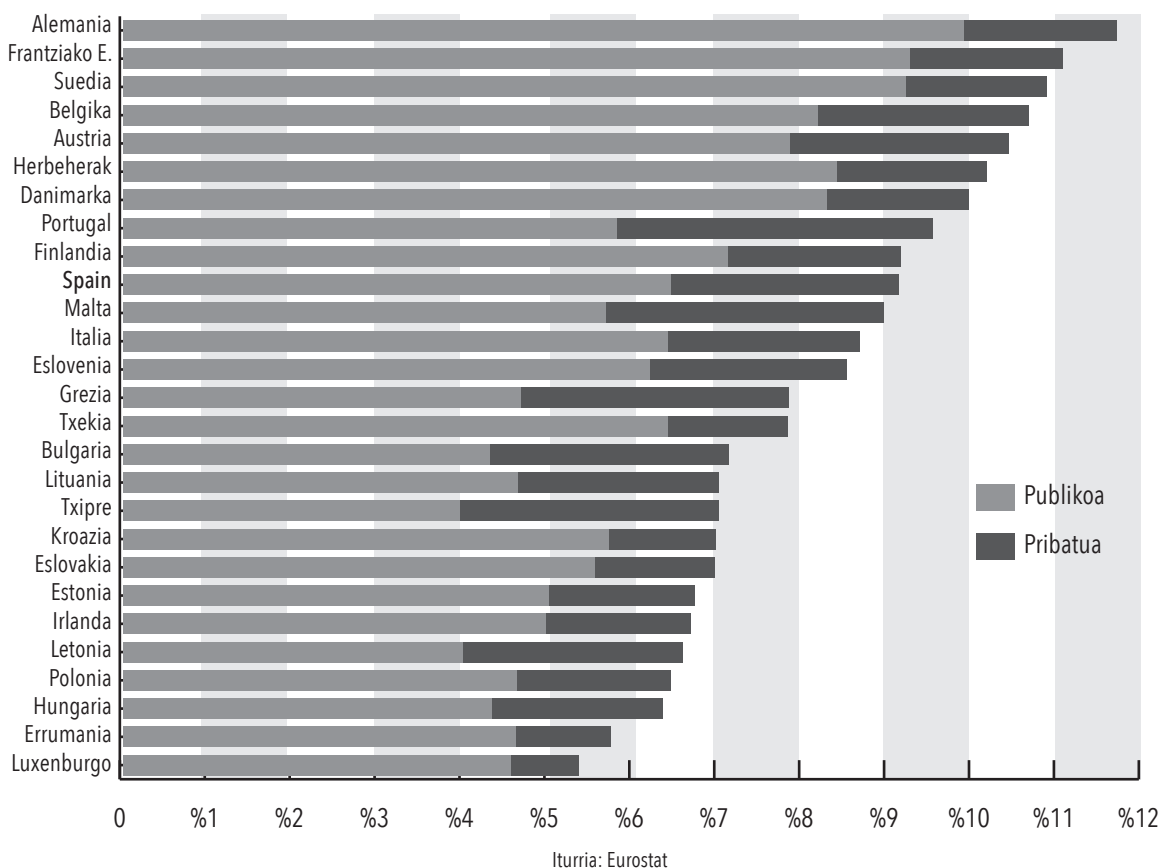
Ilido horretan, osasun-arretara eta haren finantzaketara bideratutako gastuari buruzko estatistikek oso informazio erabilgarria ematen dute herritarren osasun-beharrei erantzuteko egindako ahalegin ekonomikoa ebaluatzeko.

Osasun-gastua Europar Batasunean

Europar Batasun osoan osasunera bideratutako gastuaren bolumena BPGren % 9,9 izan zen 2019an, hau da, covid pandemiaren aurretik. Baina, jakina, desberdintasun handia dago estatu kideen artean.

Zehazki, Alemaniako eta Frantziako estatuak dira osasun gastuaren ranking komunitarioaren buru, BPGaren % 11,7 eta % 11,1 bideratzen baitute osasungintzara hurrenez hurren.

OSASUN GASTUA BPGREKIKO EHUNEKOTAN ETA SEKTORE PUBLIKOAREN ETA PRIBATUAREN PARTE-HARTZEA (2019)



Estatu espainiarrean osasun gastuak BPGren % 9,1 dira. Ehuneko horrek hamargarren postuan kokatzen du EB-27ko kideen artean, Europako batez bestekoa baino pixka bat beherago.

Bestalde, oso garrantzitsua da sektore publikoak osasun-gastuaren finantzaketa osoan duen partaidetza neurtzea. Sektore publikoaren ekarpena funtsezkoa izateaz gain, pisu handikoa izan beharko luke, osasun-zerbitzuetarako sarbidean lehen aipatutako unibertsaltasun- eta ekitate-printzipioak betetzen direla bermatzeko.

Aitzitik, osasun-gastu pribatua zenbat eta handiagoa izan, interes ekonomikoek pisu handiagoa izango dute osasun interesen kaltetan, eta diru-sarreren maila eta pertsonen ahalmen ekonomikoa edozein izanda ere baldintza berdinetan osasuna babesteko eskubidea arriskuan jarriko dute.

Osasun-gastu publikoak¹ Europar Batasunean duen pisua osasun-gastu osoaren % 79 baino gehiago da, Eurostaten 2019ko estatistiken arabera. Izan ere, estatu kide gehienetan sektore publikoak du osasungintzaren ardura nagusia. Zehazki, estatuen bi herenetan, osasunean egindako gastu publikoaren ekarpena gastu osoaren % 70etik gorakoa da.

Espainiako Estatuan, eremu publikoak osasun-ondasun eta -zerbitzuen horniduran duen partaidetzaren ehunekoa Europako batez bestekoa baino zertxobait txikiagoa da, % 70,6.

Beraz, Estatuko osasun-gastu publikoa BPGren % 6,45 da. Adierazle honek sektore publikoak osasunean egiten duen finantza-ahaleginaren berri ematen digu, eta ingurune geografiko horretako beste herrialde batzuekin konparazioak egiteko aukera ematen digu.

Hogeita zazpi herrialdeen Europan, osasun-gastu publikoa BPGren % 7,9koa da batez beste. Eta batez besteko hori sei estatu kidek soilik gainditzen dute: Alemaniak, Frantziako Estatuak, Suediak, Herbehereek, Danimarkak eta Belgikak.

10 Osasun gastua Hego Euskal Herrian

Gure herrialdeko egoerari dagokionez, osasun-gastu osoaren bilakaera aztertzeko eta Barne Produktu Gordinaren ehunekoa kalkulatzeko zailtasunak izan ditugu.

Zehazki, Nafarroako Osasunaren Kontuak argitaratutako azken txostenak 2006-2007 aldiko osasun-gastua aztertzen zuen. Harrezkero, foru-gobernuak ez du estatistika-eragiketa hori eguneratu, eta, beraz, ez du bete azterlana bi urtean behin aurkezteko konpromisoa.

Gabezia horrek eragotzi egiten du osasuna zaintzeko ahalegin ekonomikoari dagokionean Hego Euskal Herriko lau lurraldeetako panoramika osoa izatea.

Hala ere, EUSTATEk EAEko osasun-gastuari buruzko informazio zehatza ematen du:

2019an (eskuragarri dagoen azken datua), osasun-gastua 7.041,8 milioi eurokoa izan zen guztira. Gastu-bolumen hori BPGren % 8,9 da.

Gainera, sektore publikoak² osasun-gastu osoaren % 68,9 finantzatu zuen, hau da, BPGren % 6,1.

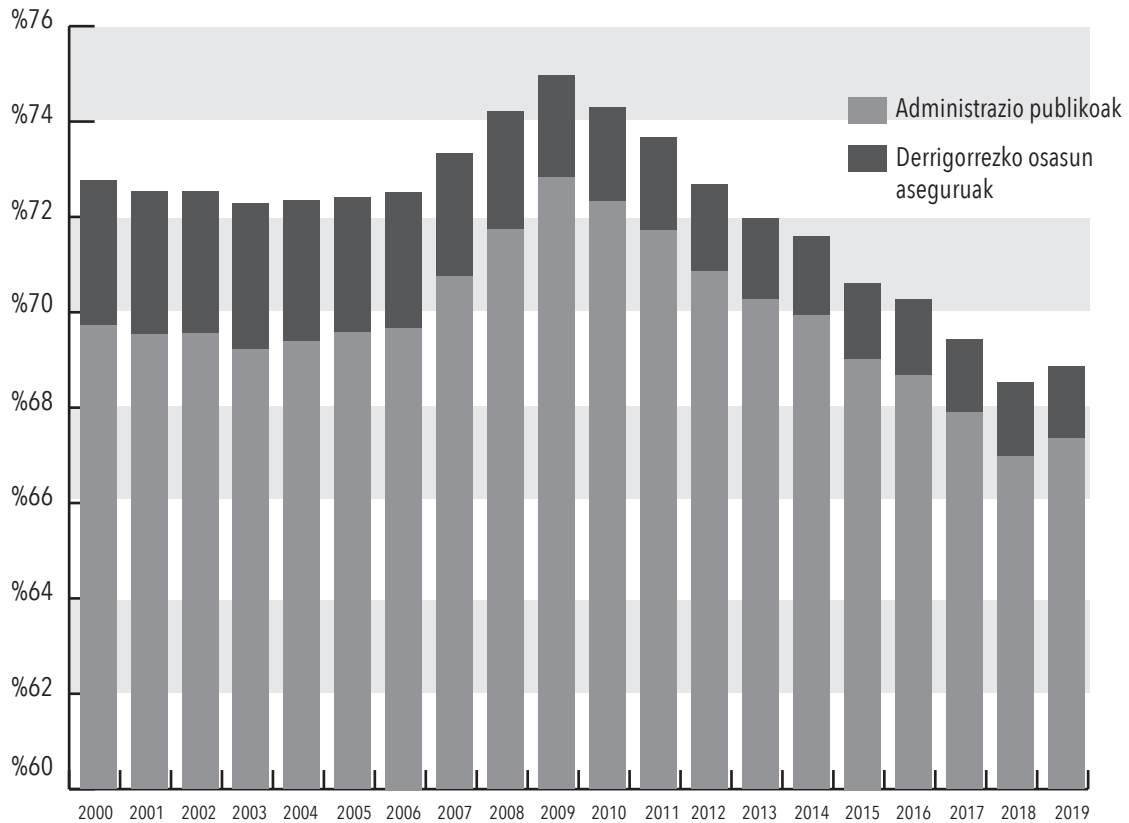
Oinarrizko adierazle horiek aztertuta (bai BPGari dagokion gastua, bai sektore publikoaren finantza-ekarpena), agerian geratzen da gure herrialdean osasuna babestera bideratutako ahalegina Europar Batasuneko baino txikiagoa dela batez beste; are gehiago, Espainiako Estatuan egindakoaren azpitik dagoela egiaztatu ahal dugu.

Era berean, nabarmendu behar da sektore publikoak osasun-gastuen finantzaketan izan duen partaidetza murriztu egin dela azken urteetan, 2009ko % 75etik 2019ko % 68,9ra.

1 Finantzaketa-agente publiko gisa hartzen ditu honakoak ere: derrigorrezko ekarpena egin behar den eta kontributiboak diren osasun-arretako sistemak, oro har gizarte-segurantzaren parte hartzen dutenak edo harekin lankidetzan aritzen direnak (Espainiako Estatuaren kasuan, mutualitate laguntzaileak eta funtzionarioen mutualitateak dira).

2 Administrazio publiko guztiak eta nahitaezko ordainketa-aseguruak (lan-istripuen mutualitateak eta funtzio publikoari lotutako mutualitateak) barne hartzen ditu.

SEKTORE PUBLIKOAREN ESFORTZUA OSASUN GASTU OSOAREKIKO



Iturria: Eustat

Joera hori mehatxu arriskutsua da pertsona guztiak benetako berdintasun baldintzetan, ordaintzeko gaitasuna edozein delare, osasuna babesteko duten eskubidearentzat.

Azkenik, beharrezkoa da gogoraztea Espainiako Estatuan osasun-arloko eskumenak autonomia-erkidegoei transferituta daudela, eta, beraz, erabateko erantzukizuna dutela osasun publikoko eta osasun-laguntzako zerbitzuak ematean.

Osasun-gastu publiko kontsolidatua. Espainiako Estatu (2019)

Administrazio zentrala	0,9%
Gizarte Segurantza sistema	2,3%
Funtzionarioen Mutualitateak	3,0%
Autonomia Erkidegoak	93,0%
Toki-korporazioak	0,9%
OSASUNGINTZAN GASTU PUBLIKOA	100%

Taulan ikus dezakegunez, administrazio autonomikoak dira osasun-gastu publikoaren finantzaketan zama handiena hartzen duten agente instituzionala, eta gastu osoaren % 93 hartzen dute beren gain.

Beraz, gutxi gorabehera zenbatetsi dezakegu Nafarroako Foru Erkidegoan osasun gastu publikora bideratutako aberastasunaren proportzioak nekez gaindituko duela BPGren % 5,4.

Azkenik, garrantzitsua da aipatzea osasun-gastu publikoaren zati handi bat administrazio publikoek zuzenean ematen ez dituzten osasun-arretako zerbitzuak finantzatzera bideratzen dela, profesionalekin eta enpresa pribatuekin sinatutako itunen bidez azpikontratzen baitira.

2019an, EAEko osasun-gastuaren % 5,4 itun horiek sektore pribatuarekin duten kostu ekonomikoa estaltzeko erabili zen, hau da, 221 milioi euro. Hala ere, kopuru hori behin-behinekoa da, eta aurreko urteetan kontzertu horien ondoriozko gastuaren ehunekoa % 7 eta % 6,5 artean egon izan da.

Nafarroako Foru Erkidegoan, urte horretan bertan 72 milioi euro bideratu ziren osasun pribatuarekin itunak egiteko, hau da, administrazio autonomikoak osasunera bideratu zuen gastuaren % 6,8.

6. LEHEN ARRETA PANDEMIA OSTEAN

Pandemia osteko osasun-sistema publikoen porrotak lehen mailako asistentziaren kolapsoan du adierazgarririk handiena.

Laurogeita hamarrekota hamarkadaren amaieran Azkuna eta Cervera buru zituen osasun-contrareformaren ondorioz ia etengabeko deskapitalizazio baten ondoren, asistentzia-gaitasunaren galera eta eraispena etengabea izan da Osasunbideako eta Osakidetzako osasun-zentroetan.

Horrela iritsi zen Covid-aren osasun-krisira, langilerik gabe eta asistentzia-lidergorik gabe (hainbat azterlanetan argitaratu da lehen mailako asistentziak eraginkortasunez funtzionatu zuen ereduetan Covid-aren hilkortasun-datuak modu erabakigarrian murriztu zirela).

Osakidetzan, gainera, Erakunde Sanitario Integratuetan (ESI) integrazeko prozesuek erabat fagozitu dute osasun-zentroyen jarduera.

Bi urteko pandemiaren ondoren, kolapsoa nabaria da. Lehen Arretako taldeek ezinezko agendekin lan egiten dute pazienteak artatzen. Bajengatik edo oporregatik izaten diren absentiak ez dira ordeztzen, eta aurrez aurrekoak ez diren kontsultak sartzea izan da ia zaharkituta dagoen asistentzia-sistema bati egindako azken eraso. Lehen hezkuntzako osasun-jarduerak (osasun komunitarioa, hezkuntza, prebentzioa...) desagertuta daude.

Familia-medikuen kontratazio faltaren arazoa egiturazko arazoa da, eta ez zaio inolako konponbiderik jartzen, ez prestakuntzarik (unibertsitate-prestakuntzarako eta familiako medikuntzako egoiliarren plazetarako sarbide-kuota izoztuta dago duela urte batzuetatik), ezta lan-arloko konponbiderik ere (kontratu prekarioak, lanaldi irregularrak, behin-behinekotasun-tasa oso handia).

Gure ezaugarriak dituen edozein osasun-eredutan, osasun-aurrekontu publikoaren % 25, gutxienez, helburuz esleitu beharko litzaioke lehen mailako asistentziari; gure sistemetan, aurrekontua ez da % 20ra iristen, ospitale-egiturari erabateko lehentasuna ematen baitzaio (osasun-teknologia altuaren eta inbertsio milioidunen mende).

Azkenik, pandemiak iraun duen bitartean, oso larria izan da aseguramendu pribatuen sustapena, lehen arreta publikoak baliabide faltagatik eskaini ezin duen "osasun-asistentzia azkar eta hurbilerako". Egoera horrek osasun-sistema osoaren pribatizazioa sendotu besterik ez du egiten; izan ere, lehen mailako arreta eraginkorrik gabe, osasun-sistemak unibertsala, irisgarria eta ekitatiboa izateari uzten dio. Helburu horiekin jaio zen eta horrela izan behar luke.

7. EGOERA HONEN AURREAN LAB-EN PROPOSAMENA

- Osasungintza publikoa herrialde bateko ongizatearen zutabe nagusienetako bat izanik, bertan egin beharreko inbertsioak izugarrizko garrantzia dauka. Gainera, inbertsio horrek herrialde bateko aberastasunaren araberakoa beharko luke izan, eta hori, beste adierazle egokiagorik izan ezean, Barne Produktu Gordinaren ehunekoak zehazten du. LABek, osasungintzan publikoan BPG-ren %7tik gora inbertitu behar dela uste dugu, eta inbertsio horretatik lehen arretara gutxienez %25 bideratu beharko litzateke.

- Pribatizazioekin bukatu eta dagoeneko pribatizatu diren zerbitzuen errebertsioa aldarrikatzen dugu. Enpresa pribatu batek osasun eta zerbitzu bat lehenetsi ordez, irabazi ekonomikoak lehenetsiko dituelako. Errealitateak erakutsi digulako, pribatizazioek langileen lan baldintzen eta zerbitzuen okertzea eragiten dutelako. Ildo beretik, osasungintza ikuspegi merkantilista hutsetik kudeatua ez izateko neurriak eskatzen ditugu, hala nola Kudeaketa Klinikoko Unitateak baztertea.

- LABen LOREA proposamenean jasotzen genuen bezala, osasun zerbitzuetarako ratio lege baten beharra aldarrikatzen dugu, argi eta garbi artatu beharreko populazioarekiko profesional kopurua (osasun zein beste arlo batzuetakoak) ezarriko duena. Honela, enplegu duin eta egonkorra ziurtatzea ahalbidetuko litzateke, pribatizazioen aurrean osasun publikoa blindatu eta osasungintza zerbitzu hobe bat eskaini ahal izango genuke.

- Behin-behinekotasunarekin amaitu. Ez da posible egun ditugun behin-behinekotasun tasak izatea. %15aren gainetik dagoen behin-behinekotasuna ez da onargarria. Langileen estabilizazio prozesuak egitea ezinbestekoa da, baita belaunaldi aldaketa kontutatu hartuko duen enplegu plan bat negoziatzea ere.

- Osasungintzara sarbide unibertsala bermatu.

