

EAEko Osasun Sistema Publikoaren

Diagnostikoa

2024.09.29

INDICE

1.-INTRODUCCIÓN

1.1.-Contexto

1.2.-Pacto. ¿Para qué? ¿Por qué?

2.-ESTRUCTURA del SISTEMA PÚBLICO de SALUD

2.1.-Misión y funciones del Departamento de Salud

2.2.-Organización y organigrama

2.3.-Gobernanza

2.3.1.-Naturaleza de Osakidetza

2.3.2.-Relaciones

2.3.3.-Nombramientos

2.4.-OSIs de Osakidetza

2.5.-Osatek

2.6.-Política de personal

2.7.-Formación

2.7.1.-Introducción

2.7.2.-Número de alumnado, Infraestructura y metodología

2.7.3.-Tipos de profesorado y dificultades generadas

2.7.4.-Linea de Euskara y situación del Euskara

2.7.5.-Grado de Medicina de la UPV

2.7.6.-Formación de Osakidetza

2.7.7.-Formación de Residentes

2.8.-Investigación

2.9.-Política lingüística

2.10.-La salud y la perspectiva de genero

2.11.-Infraestructuras

2.12.-Listas de espera

3.-ORGANIZACIÓN del SISTEMA PÚBLICO de SALUD

3.1.-Salud Pública

3.1.1.-Dirección de salud pública y de adicciones

3.1.2.-Plan de Salud y Estrategias

3.2.-Seguridad clínica del paciente

3.3.-Atención Primaria

3.4.-Salud Mental

3.4.1.-Conceptualización

3.4.2.-Contexto

3.4.3.-Interdisciplinar

3.4.4.-Profesionales

3.4.5.-Saturación de recursos

3.4.6.-Formación

3.4.7.-Investigación

3.4.8.-Perspectiva de género

3.4.9.-Suicidio

3.5.-Puntos de Atención Continuada

3.6.-Emergencias

3.6.1.-Introducción

3.6.2.-Plan Estratégico

3.6.3.-Gestión de personal

3.6.4.-Gestión de equipos

3.6.5.-Formación

3.6.6.-Innovación

3.6.7.-Area de Prevención de Emergencias

3.7.-Hospitales

3.8.-Servio de Atención a Pacientes y usuarias –SAPU-

3.9.-Sistemas de información y tecnológicos

3.10.-Sociosanitario

3.10.1.-Introducción

3.10.2.-La salud de las personas en riesgo de exclusión

3.10.3.-Centros Penitenciarios

3.10.4.-Final de la vida

3.11.-Farmacia

3.11.1.-Farmacia de atención primaria

3.11.2.-Farmacia de centros sociosanitarios

3.11.3.-Farmacia hospitalaria

4.-SISTEMA de SALUD PRIVADO

4.1.-Relación público-privada

4.2.-Mutuas

4.3.-Sistema de salud privado

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- Contexto

Durante estos últimos años el Sistema de Salud Pública, y sobre todo Osakidetza, se ha convertido en la primera preocupación de la ciudadanía. Así nos lo han indicado los instrumentos que miden las valoraciones de la ciudadanía.

- El Sociómetro Vasco 82 corroboró la conclusión obtenida en el Sociómetro 81. La salud, Osakidetza, suponía la 2ª mayor preocupación de la ciudadanía https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/sociometro_vasco_82/es_def/adjuntos/24sv82.pdf
- El Sociómetro Vasco 83 no preguntó sobre las principales preocupaciones.
- El Deustobarómetro de verano de 2023 recogía que la ciudadanía valora la atención ofrecida por Osakidetza con una puntuación de 4,8. Un 38 % de la ciudadanía señalaba que tenía menos confianza que antes en Osakidetza, y un 19 % que estaba en vías de perder la suya.
- El Deustobarómetro de junio de 2024 recogía que, por primera vez, la atención sanitaria se había convertido en el principal problema para la ciudadanía vasca, con un porcentaje del 48 %. Y que un 61 % de la ciudadanía manifestaba que se debían priorizar las políticas dirigidas a la mejora de Osakidetza. Un 72 % espera que el nuevo Gobierno Vasco cambie mucho o bastante la política de los últimos años.

- La Encuesta de Salud Vasca 2023, encuesta que analiza y mide la situación sanitaria de la CAV y la de su población desde 1986, muestra claramente cómo se ha ido perdiendo esa confianza, pudiéndose observar que durante los últimos 10 años la privatización ha aumentado un 50 %. A tenor de la última encuesta, se puede observar que cada vez son más las y los ciudadanos que cuentan con seguro privado. Desde 2018, un 19 % más. En esa evolución puede apreciarse que ha habido una pérdida de confianza en el Sistema Público de Salud.
- Según la Encuesta de Salud Vasca 2023, la prevalencia de las personas satisfechas ha descendido en 2018 en un 11,5 por cien y en un 9,9 por cien entre hombres y mujeres, respectivamente.

Por tanto, los diferentes instrumentos con los que contamos para medir el estado de la situación sitúan la preocupación y el problema en la situación de Osakidetza, en las condiciones, en la calidad en que se debe atender a la ciudadanía. Otro ejemplo de ello lo constituyen, comenzando ya desde antes de la pandemia, las diferentes plataformas creadas por la ciudadanía y todas las movilizaciones y manifestaciones que han realizado para mostrar su preocupación y su indignación ante la situación generadada en Osakidetza.

- Asimismo, la ciudadanía no ha sido la única en mostrar su indignación. Las y los profesionales de la salud también han mostrado su indignación y su inquietud mediante diferentes movilizaciones, huelgas y paros en Osakidetza ante las medidas que se estaban tomando por parte del Departamento de Salud. A veces mediante convocatorias realizadas por los sindicatos, y otras veces mediante la organización de las y los trabajadores de áreas concretas

en torno a problemas específicos. Muestra de ello son las movilizaciones convocadas antes de la pandemia del COVID-19 por la asociación Lehen Arreta Arnasberritzen ante la situación que estaban sufriendo en la Atención Primaria; la ciudadanía convocó movilizaciones ante el cierre de horarios que se estaban produciendo en los Puntos de Atención Continuada; tuvimos huelgas generales en toda Osakidetza el 18 y 19 de mayo de 2023, las movilizaciones y huelgas han sido continuas en la OSI Emergencias por parte del personal trabajador que ejerce tanto en la gestión pública como en la privada; las del personal de limpieza de las contratas de Osakidetza; las del personal trabajador del Centro de Transfusión y Tejidos Humanos del hospital de Usansolo; las del personal trabajador de los almacenes, las del personal trabajador de los Puntos de Atención Continuada, las del personal trabajador de la OSI Oarsoaldea, etc.

- La mesa sectorial de Osakidetza ha ido perdiendo su función según se avanzaba en el tiempo. Prueba de ello es que aún está vigente el convenio laboral acordado en 2007, [DECRETO 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud, para los años 2007, 2008 y 2009](#). Con todo, en 2013 se realizaron algunas modificaciones mediante el Decreto 351/2013.

<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2013/05/1302442e.pdf>

O la incapacidad para renovar el decreto de los puestos de trabajo funcionales, [DECRETO 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio vasco de salud](#). O que desde 2013 no se habían realizado elecciones y que finalmente se realizarán el 28 de noviembre de 2024. Es cierto que ha

habido acuerdos puntuales, como el acuerdo de Desarrollo Profesional en julio de 2022. Pero, aun estando firmado, hubo que esperar un año a que entrara en vigor, y además los sindicatos tuvieron que movilizarse para que se cumpliera lo firmado. No ha habido cultura para la negociación entre diferentes. Menos aún para acordar medidas que ayuden a que Osakidetza se adapte a los nuevos tiempos y se convierta en una institución con capacidad de aprender, y de establecer políticas estructurales para ir adaptándose junto con la sociedad.

- Diversas asociaciones han manifestado también en el Parlamento Vasco el declive de Osakidetza, la parálisis en el tratamiento que debían recibir, la evolución negativa en recursos y cuidados en cuanto a la suficiencia de profesionales, en formación, en los equipos multidisciplinares necesarios, en recursos, y en la comunicación que Osakidetza debe mantener con el Departamento de Salud.
- Durante la última legislatura, la situación no ha sido mejor en el Parlamento Vasco. En lugar de entender la Comisión de Salud del Parlamento Vasco como foro y herramienta de trabajo y de debate, las iniciativas del Parlamento han sido entendidas como ataques. No podemos olvidar que la soberanía, el poder, de la ciudadanía se delega en el Parlamento, y que entra dentro de las funciones del Gobierno tener que rendir cuentas en la institución que aglutina la representación de la ciudadanía. Y que, si la ciudadanía tiene preocupaciones, iniciativas, que hacen llegar para que sean tratadas en la Comisión de Salud, o aunque estas partan de los propios grupos de la oposición del Parlamento, es conveniente que se traten en dicha comisión en

los tiempos adecuados, sin demoras. Así, la ciudadanía recuperará su confianza respecto a las instituciones.

- El modelo y la gestión de las OPE de Osakidetza han puesto en cuestión su funcionamiento, transparencia, eficacia y reputación continuamente, dejando de manifiesto el amiguismo y el clientelismo existente en el funcionamiento de Osakidetza. Recordemos lo sucedido con la OPE 2016-2018; una vez que estalló la OPE 2016-2018, se trataba al parecer de una praxis que todo el mundo conocía pero que nadie se atrevía a poner sobre la mesa. Además, en el verano de 2023, al hilo de la gestión de la documentación que se debía presentar respecto a los exámenes de algunas categorías menores, la imagen proyectada por Osakidetza no fue ni la más moderna ni la más eficaz, dejando una y otra vez de manifiesto la necesidad de Osakidetza de actualizar estructuras tecnológicas acordes a los tiempos.
- La pandemia del COVID-19 contribuyó a aflorar todo lo que estaba ocurriendo en diversas áreas de trabajo en Osakidetza, pero sobre todo, afloró una manera de hacer las cosas que está en vigor, afloró una cultura política: la cultura de trabajar de manera unilateral por parte del Departamento de Salud; las dificultades para tomar las decisiones de manera colectiva y con los diferentes agentes; la falta de confianza mostrada durante los últimos años por el Departamento de Salud a las y los técnicos y profesionales de la Administración pública que son suyos, como por ejemplo, no haber contado con el equipo de epidemiología que debía haber sido protagonista durante la pandemia, la tendencia a desviar la responsabilidad; la dificultad de orientar una comunicación adecuada con la ciudadanía y con el resto de agentes; carencias en la pedagogía de políticas basadas en la

evidencia científica; etc. Además, se pudo detectar la debilidad de las herramientas con las que contamos como pueblo. Se constataron también las dificultades o la falta de voluntad por parte del Gobierno Vasco, y sobre todo por parte del Departamento de Salud, para colaborar con el resto de instituciones que tenemos en este país, como es el caso de la UPV. La pandemia tampoco se aprovechó para empoderar a la ciudadanía, y se siguió con las inercias que había hasta entonces. Se perdió una magnífica ocasión para comenzar a incluir la salud en todas las políticas y para acometer e impulsar trabajos a escala local y comunitaria dentro del marco “one health/Una Sola Salud”.

Asimismo, la pandemia sirvió para que afloraran categorías que hasta entonces habían sido invisibles en Osakidetza y para darnos cuenta de su importancia, como es el caso del personal de limpieza, de mantenimiento, las y los microbiólogos, las y los profesionales de los laboratorios, etc. Entre otras cosas, se vieron enseguida las grietas del plan director de laboratorios. Sirvió también para que aflorara la situación de la investigación en Osakidetza y la soberanía de abastecimiento. Con todo, la afirmación que resultó más recurrente en la pandemia fue postergada: recoger y plasmar las lecciones dejadas por la pandemia. El modelo de gestión de inercias es el que se ha impuesto hasta ahora.

Por lo tanto, hemos dado un rápido repaso a los principales hitos acaecidos en el Sistema de Salud Pública y, sobre todo, en Osakidetza, y se puede concluir enseguida que las fuentes de preocupación o factores que se cuestionan son el funcionamiento de Osakidetza, su gestión, su transparencia, su modelo de gobernanza, su eficacia, su organización o incluso también su clientelismo.

Por ello, la reflexión y el debate que se pondrán en marcha junto con la convocatoria de la Mesa de Salud no se puede centrar en facilitar los datos de las actividades que históricamente Osakidetza puede recoger en las memorias de sus presupuestos, así como en sus diferentes planes; en compararse con los países de alrededor ofreciendo datos sin analizar su evolución; o en ofrecer una nueva cartera de servicios estudiando la evolución demográfica de la población. Si realmente se quiere transformar nuestro Sistema de Salud Pública y, sobre todo, Osakidetza, para revertir el declive que han sacado a colación tanto la ciudadanía como las y los profesionales de la salud, hay que actuar de raíz. Hay que analizar cualitativamente el funcionamiento, la política de personal en vigor, la organización, el modelo de gobernanza, etc.

Asimismo, una vez realizado el diagnóstico, se deberán compartir necesariamente las visiones que puedan existir. Porque si todos estamos de acuerdo con lo que señala la evidencia, es decir, que para construir la salud de la ciudadanía y de la población la influencia de la asistencia en la salud es del 15 %, que un 20 % es biológico-genético y que el resto, siendo lo que más influye en la salud de todas y todos nosotros, son determinantes socio-económicos, tendremos que cambiar la mirada para transformar el Sistema Público de Salud; tendremos que pasar de un enfoque de la enfermedad, a uno que construya salud. Evidentemente, se necesitará una estructura sólida para diagnosticar, atender y hacer el seguimiento de la enfermedad, pero siempre desde esa visión de construcción de la salud y más allá de la mera atención de la patología, saltando a un sistema que atenderá a la ciudadanía en su integridad y que irá de la mano con la ciudadanía. Nuestro eje deben ser las personas usuarias del Sistema Público de Salud, y para lograrlo hay que cuidar también al personal de dicho sistema, implementando políticas de salud que recuperarán la humanización del sistema. Es el único modo de garantizar el tantas veces citado derecho a la salud, a fin de lograr la universalidad y la equidad.

Durante años ha habido un intento serio por proyectar que en la salud no se hace política, como si de un asunto meramente técnico se tratara, conforme a los objetivos fijados por el neoliberalismo de que prevalezca la tecnocracia y de menoscabar la política. Se han querido mezclar las funciones de los ámbitos institucionales políticos y las del personal de la salud, pero al igual que en los demás ámbitos, también se hace política en la salud. Se debe tener claro que el aspecto institucional, político, no se inmiscuye en las decisiones médicas, sino que su función consiste en facilitar las mejores condiciones posibles para que en el día a día quienes trabajan con la ciudadanía tomen las decisiones más adecuadas, y faciliten la mejor atención. De ahí, la necesidad de la transformación de hacer política, y necesidad también de la participación e implicación de todo el mundo; cada cual desde sus funciones, pero teniendo en cuenta las perspectivas de todos y de todas. En ese sentido, la clave reside en convertir Osakidetza en una institución orientada a realizar la promoción, prevención y asistencia definidas por la ciudadanía y las y los profesionales.

Por lo tanto, tenemos claro que, además de construir espacios de confianza y colaboración para madurar el pacto, es indispensable actuar con transparencia, desde el reconocimiento de todas y todos los agentes y trabajadores del Sistema de Salud Pública y de la ciudadanía, articulando los medios para desarrollar la colaboración. Será indispensable debatirlo de manera sosegada, evidenciando las diferencias que pueda haber al menos entre los dos modelos de salud que se observan, superando los obstáculos que puedan presentarse y buscando acuerdos en la medida de lo posible, en colaboración con la ciudadanía.

En ese sentido, en principio, será indispensable realizar un diagnóstico conjunto y consensuado, dado que, todavía, es evidente que no coincidimos en él. Habrá que

especificar dónde situamos los acuerdos y dónde los desacuerdos, para establecer posteriormente las medidas más adecuadas posibles.

1.2.- El Pacto ¿Para Qué? ¿Por Qué?

Acordar un pacto entre diferentes agentes es siempre algo positivo, pero el pacto en sí mismo no es el objetivo. Los pactos son herramientas que pueden llegar a ser efectivas si recogen medidas adecuadas para dar respuesta a la situación a la que hay responder y si entran en vigor en el tiempo en el que lo han de hacer, al igual que las demás herramientas –Mesa de Osakidetza, Parlamento Vasco–, y cada cual desde su responsabilidad.

Asimismo, si se consigue que la Mesa de Salud sea un espacio de trabajo, un espacio para realizar aportaciones, supondrá ya un gran paso. Con la complejidad que tiene el área de la salud, con los diferentes modelos y miradas que puede haber, con la diversidad de agentes que tiene, con los diferentes objetivos que puede haber y también con los diversos intereses existentes, no será fácil que todas las partes lleguemos a un pacto. Por lo tanto, habrá algunas áreas o medidas en las que estemos de acuerdo, y otras en las que no, y tenemos que saber gestionar todo ello con naturalidad. Actuando con transparencia. Pero eso no tendría que suponer un motivo de preocupación.

Nuestra preocupación debería ser lograr medidas que resulten efectivas para la ciudadanía y las y los profesionales de la salud, tanto en la Mesa de Salud, como en el Parlamento Vasco, como en el Gobierno, como en la Mesa de Osakidetza, y ya vamos tarde.

Asimismo, mientras que la Mesa de Salud esté en activo, es preciso que el Gobierno asuma sus responsabilidades y tome medidas, revertiendo las políticas aplicadas hasta ahora e implementando en medidas estructurales.

Por lo tanto, el pacto debería servir para aflorar las causas que han llevado a Osakidetza a esta situación, analizarlas y estudiar también las medidas para hacer frente a ello, porque de lo contrario la situación de Osakidetza seguirá como está, y al no cumplirse las expectativas fijadas por la ciudadanía, todo ello no conllevará más que el aumento de una indignación que ya es pública. Porque entendemos que, si se ha convocado esta mesa, es porque la indignación manifestada por las y los profesionales de la salud mediante diferentes asociaciones y sindicatos ha aumentado; y que, por otra parte, es porque la ciudadanía siente una preocupación, una inquietud, con los servicios que ofrece Osakidetza, que ha ido creciendo a lo largo de los últimos años y que se ha manifestado en los instrumentos de evaluación con los que cuentan las diferentes instituciones, tal y como hemos reseñado anteriormente.

Por eso, hay que especificar debidamente el marco de debate del proceso del hipotético pacto. El proceso no se puede diluir y el debate no se puede desviar. Osakidetza es un instrumento fundamental, y es indispensable realizar un diagnóstico correcto y riguroso en torno a los problemas estructurales que tiene. Asimismo, habrá que analizar todo ello desde la mirada de la construcción de la salud de la ciudadanía y del colectivo, con la evidencia en la mano, pero evitando los grupos de presión que hay detrás de la evidencia, las presiones que pueden ejercer las industrias, aclarando cuál debe ser la mirada que debe tener Osakidetza. Así, con la inclusión de la salud en todas las políticas y trabajando desde los determinantes de la salud, la propia Osakidetza se convertirá en herramienta para construir salud, y no solo para atender la enfermedad.

Necesidad de un buen diagnóstico compartido

- Principales preguntas a las que se debe responder:

- Cómo hemos llegado a esta situación.
- Cuál es la situación actual y principales razones para llegar a esta situación.

2.-ESTRUCTURA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

2.1.-Misión y Funciones del Departamento de Salud

Las tareas y funciones del Departamento de Salud se detallan mediante decreto al inicio de cada legislatura (cuando redactamos este informe, el último decreto es el DECRETO 116/2021, de 23 de marzo, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud - <https://www.legegunea.euskadi.eus/eu/eli/-//eli/es-pv/d/2021/03/23/116/dof/eus/html/>).

Concretamente, la MISIÓN del Departamento de Salud consiste en fomentar la salud del colectivo, cuidarla. Garantizar el derecho a la salud de toda la ciudadanía. Así, se deberá facilitar el acceso al Sistema Público de Salud y asegurarlo a tiempo, de manera equitativa para todas y todos los ciudadanos, cualquiera que sea su residencia, género o nivel socioeconómico, a la vez que se garantiza el seguimiento del estado de salud, definiendo el itinerario que conocerán las y los ciudadanos a lo largo de toda Osakidetza, que debería a su vez ser definido junto con las y los profesionales de la salud y la ciudadanía. Las principales herramientas que cuenta para ello son Osakidetza y la dirección de Salud Pública. Para cumplir las funciones establecidas en la misión con eficacia, empleara el resto de la estructura, con el fin de planificar, definir las políticas y orientar la financiación.

El Departamento de Salud ejecuta todo ello sobre todo con Osakidetza. Desarrollan entre ambas instituciones especialmente las funciones derivadas de la misión.

El sistema estructurado para desarrollar la misión debería estar mirando a la persona y el paciente debería ser el eje, pero no es así. El paciente ha tenido que adaptarse a la organización del sistema. Por una parte, la organización jerárquica y escalonada de los servicios entre las categorías de las y los profesionales, y también entre la Atención Primaria y la hospitalaria; y por otra, que las políticas establecidas durante años desde el Departamento de Salud han reducido la estructura de Osakidetza, el paciente ha tenido que adaptarse a una estructura con un acceso cada vez más complicado para la persona usuaria de Osakidetza y a un itinerario más difícil una vez que se accede al servicio.

Hoy es el día en el que se quiere responsabilizar a la pandemia, a la demanda ciudadana y al envejecimiento de la población de ser la causa principal de las largas esperas por un lado para acceder a Osakidetza, para hacerse alguna prueba, lograr el acceso a la consulta de un especialista o para realizar una cirugía. Pero se olvida que durante años se han puesto cada vez más filtros en la puerta de acceso de Osakidetza, que no se gestionan desde el mismo equipo de Atención Primaria. O que la política de personal en vigor, la movilidad que ha generado el modelo de contratación y las eventualidades que conllevan la falta de adhesión a Osakidetza por parte de las y los profesionales, han provocado el adelgazamiento de la plantilla, que constituye la columna vertebral de Osakidetza.

Todo ello tiene consecuencias directas en la percepción que se ha ido construyendo por parte de la ciudadanía producto de las experiencias y vivencias que tienen con Osakidetza. Durante años, las y los profesionales de la salud han logrado gracias a su

sobreesfuerzo que, de alguna manera, la experiencia de la ciudadanía en el acceso a Osakidetza y su itinerario en el servicio fuera positiva. Pero eso suele tener un límite, y al no haberse cambiado las condiciones laborales, las medidas organizativas y la política de personal, las y los profesionales de Osakidetza no han podido mantener la calidad asistencial, pese a su sobreesfuerzo. Otro aspecto que hay que subrayar es que la ciudadanía valora positivamente y aprecia la atención que generalmente reciben por parte de las y los profesionales. Pero ninguna estructura de la Administración pública puede basarse en el esfuerzo subjetivo del personal trabajador, y este documento no trata de eso, sino de la organización para que las y los profesionales de la salud trabajen en condiciones adecuadas, de gobernanza, de planificación, de las políticas de salud. De eso hablaremos en este documento.

En lo que respecta a la anteriormente citada sobrecarga por la demanda por parte de la ciudadanía y el envejecimiento de la población, no es justo pedir cuentas ahora a la ciudadanía y culpabilizarla por ello. Cuando durante años se ha fomentado el consumo a consecuencia del peso adquirido por las políticas neoliberales, también en el ámbito sanitario, para profundizar en la privatización, entre otros factores; cuando apenas se ha acometido la promoción de la salud y de la educación de la salud, y cuando la ciudadanía no ha sido tratada como sujeto con capacidad de decisión y con criterios. Durante años se ha impulsado que la ciudadanía acudiese al médico, consultara al médico, para cualquier cosa, en lugar de empoderarla. Por lo tanto, todos esos elementos deben ser tenidos en cuenta al desarrollar la misión del Departamento de Salud.

Al ejecutar sus funciones, será indispensable definir adecuadamente la relación que se debe establecer con el ámbito privado, identificar los intereses cruzados existentes y aclarar en qué ámbitos se dan. La medicina privada y la empresa privada tienen su propio ámbito de actuación, con total legitimidad. Pero los intereses del sistema público y del privado no son los mismos. Y diversas praxis de gestión que tienen el Departamento de Salud y Osakidetza han propiciado el debilitamiento de Osakidetza, en beneficio de lo privado y en perjuicio de la calidad de la atención del paciente, o han debilitado la eficacia de Osakidetza, al tener intereses cruzados. Algunos ejemplos: derivar la cirugía a la privada y problemas para realizar su seguimiento una vez efectuada; la no resolución del problema al reducir las listas de espera a cuenta de la privada, en lugar de reforzar Osakidetza. Más adelante, analizaremos el tema de la privatización en profundidad en el apartado que le dedicaremos.

2.2.-Organización y organigrama

La estructuración y la jerarquía de los organigramas del Departamento de Salud y de Osakidetza nos dan una idea del peso y de la influencia que tiene cada área en las y los profesionales que ejercen en el día a día y en sus condiciones de trabajo. Es muy evidente que en el organigrama las personas responsables legisladoras, económicas, informáticas y de recursos humanos deciden y limitan la promoción de la salud, la prevención y la atención. Las necesidades de quienes ejercen la atención directa no tienen peso, y los procesos de atención no se toman en cuenta para organizar Osakidetza, orientar el personal o definir las políticas en consecuencia. La promoción, la prevención y la asistencia han de situarse en el centro y las demás direcciones deben proveer los medios para orientarlos. Sabiendo que los recursos son finitos, pero sabiendo también que Osakidetza no se puede gestionar como una institución en declive, desde la improvisación; sabiendo que las leyes y las

normas se deben orientar a facilitar el día a día y que pueden ser cambiadas, y no como hasta ahora dificultando y burocratizando la atención directa; siendo conscientes de que no podemos adaptar dicha asistencia conforme al sistema informático que pueda haber, sino que es el sistema informático el que se debe adaptar para agilizar el trabajo diario de las y los profesionales de la salud.

Por ello, evitar las duplicidades, organizar las tareas adecuadamente, será clave para convertir Osakidetza en una institución orientada a realizar la promoción, prevención y asistencia definidas por la ciudadanía y las y los profesionales. Recoger la experiencia que tiene la ciudadanía en sus procesos de atención será indispensable para que se pueda mejorar.

- Organigrama del Departamento de Salud:
<https://www.euskadi.eus/osasuna/xiii/web01-s2osa/eu/>
- Organigrama de Osakidetza:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/osakidetzako-zerbitzu-erakundeen-organigramak/webosk00-tbgcon/eu/>

La relación entre el Departamento de Salud y Osakidetza, sus funciones y sus modos de trabajo requieren una revisión, a la vista de la evolución en estos últimos años de la relación entre el Departamento de Salud y Osakidetza, y a la vista de la relación entre Osakidetza y las OSIs. ¿Qué es lo que hemos visto? Hemos observado dos fenómenos contrapuestos al mismo tiempo, por una parte, que a Osakidetza no se le ha dado autonomía por parte del Departamento de Salud, y que todas las decisiones se han centralizado en el Departamento de Salud, incluso las relacionadas con la gestión diaria; pero al mismo tiempo, que en los servicios que cuentan con gestión privatizada, sean contratados desde el Departamento de Salud o sean contratados

desde Osakidetza, el seguimiento y el control público se ha debilitado y que ha habido dejadez.

Por lo tanto, existe una confusión entre las funciones que debe cumplir cada cual, hasta hacer desaparecer la dirección de Osakidetza. Pero es cierto que esta tendencia ya apuntaba poco a poco desde 2012. A la vista de ello, la pregunta que se debe plantear es la siguiente: ¿para eso necesitamos una entidad independiente del Departamento de Salud y que cuente con naturaleza jurídica propia y diferenciada? Una cosa es lo que indica el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, constituido mediante la Ley 8/ 1997, de 26 de junio, pero otra cosa es a dónde nos lleva la gestión diaria, la gobernanza. Nuestro objetivo no es plantear el desmantelamiento de Osakidetza, pero indefectiblemente es necesaria la reflexión en torno a la gestión, la gobernanza y el modelo de autonomía relacionado con el día a día, a fin de reducir la brecha entre las y los profesionales que ejercen en primera línea y aquellos que están en las oficinas y definen las políticas.

En teoría, el Departamento de Salud debería tener una función conforme al organigrama y Osakidetza otra (en teoría es así, pero no en la práctica). Hay que recordar que Osakidetza es una institución pública de derecho privado, surgida para gestionar de manera más ágil y dinámica el Sistema Público de Salud. Pero parece que la creación del ente ha sido más para profundizar en la privatización, para desregularizar las condiciones laborales de las y los profesionales de la salud, y para evitar el control público.

2.3.-Gobernanza

2.3.1.-Naturaleza de Osakidetza

- Se trata de una institución muy hermética. Se ha organizado en torno al eje de las y los médicos y los y las enfermeras, aunque en los últimos años el personal administrativo ha ido tomando peso por las responsabilidades que se les han conferido. Pero históricamente no se han reconocido y se han infravalorado las demás categorías (la excepción fue la pandemia del COVID-19, donde se apreció la necesidad de todas ellas), necesarias también para el funcionamiento de Osakidetza. A consecuencia de ello, durante años se ha ido externalizando la gestión de las tareas que deben cumplir esas categorías, se ha ido dejando en manos de empresas privadas. Eso ha provocado que en las mismas categorías y tareas de un mismo hospital haya personal de gestión público y privado, y que las discriminaciones hayan aumentado entre las personas trabajadoras que realizan el mismo trabajo. Un ejemplo de ello son el personal de limpieza, las y los informáticos, el personal de mantenimiento, el de electromedicina, el de cocina, las y los técnicos de radiodiagnóstico, etc.

Es relevante observar cómo Osakidetza ha externalizado la gestión de los servicios que están relacionados con los determinantes de la salud. Ejemplo de ello son las cocinas y el servicio de comidas.

- No hay una cultura de trabajo en equipo. El personal de cada categoría y especialidad está muy diferenciado y jerarquizado. Cada una con su persona responsable. Y aún se continúa solicitando de manera muy corporativa que

cada una tenga su persona responsable. Eso no ayuda a que el paciente sea el centro de la atención.

- Asimismo, no se han ido incorporando profesionales diferentes de los habituales del área sanitaria que le son necesarios al Sistema Público de Salud, para la construcción de la salud: graduados en biología, de trabajo social, terapeutas, personal de matemática, investigadoras, gestores, profesionales de la informática, ingenieras, sociólogos, psicólogos, profesionales de la educación y del deporte, nutricionistas, fisioterapeutas, biotecnólogos, odontólogas, podólogos, etc. Se ha gestionado como un área cerrada del personal facultativo. Ofrece una idea sobre la mirada que se ha impuesto en Osakidetza, que ha estado muy centrada en la patología y no tanto en la atención integral de la persona. Nos encontramos con un decreto sobre puestos funcionales muy obsoleto, rígido, que no contribuye a que Osakidetza se vaya adaptando a las necesidades de la sociedad y a dar respuesta a las necesidades existentes de manera integral [DECRETO 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio vasco de salud.](#) La Universidad ha ido sacando nuevos grados, y la evidencia científica ha dejado de manifiesto la necesidad de nuevos perfiles para dar respuesta a la atención e ir incluyendo nuevos avances, pero Osakidetza tiene dificultades para revertir las inercias existentes y salir de su situación de confort corporativo.
- Osakidetza es una institución creada para ofrecer asistencia.

- El objetivo del plan estratégico 23-25 es el siguiente: garantizar la atención sanitaria a la población de la CAPV de manera integral; desde la promoción de la salud, la prevención y asistencia de la enfermedad, buscando los mejores resultados en salud.
- Aunque la finalidad es la asistencia, la Dirección General y las Direcciones de las OSI están gobernadas por direcciones no asistenciales.
- Si un Jefe de Servicio de una OSI necesita una profesional que se encuentre en otro OSI, desde recursos humanos se obstaculiza incluso estando el profesional de acuerdo.
- Si un Jefe de Servicio quiere adaptar el puesto de trabajo a una profesional embarazada para que no se dé de baja, el personal responsable le dicen al Jefe de Servicio que no van a sustituir el puesto de trabajo inicial de esta profesional. Ya que esa profesional va a dejar de realizar la atención directa. Si en las listas no hay profesionales no hay adaptaciones ni sustituciones.
- En un sistema informático no es posible introducir y obtener datos para realizar la gestión. No está pensado para eso.
- Aunque son imprescindibles las leyes y las normas, éstas deben ir adaptándose a la asistencia y no al revés. Ante las propuestas realizadas por los directores asistenciales, ante las necesidades de los mismos, el resto de los directores y directoras tienen que hacer un esfuerzo por canalizar esas propuestas y necesidades. Si no es posible cumplir la misión de Osakidetza.

2.3.2-Relaciones

- Osakidetza ha tenido poca relación con el resto de instituciones locales, vecinales y con su comunidad. En su época contó con un programa escolar de salud para trabajar con los centros educativos, el programa quedó suspendido. Debido a las inercias propias de la Atención Primaria, la escasez de recursos, la falta de profesiones, las condiciones laborales, las cargas de trabajo que le han derivado de otros niveles asistenciales y la falta de autonomía, no ha tenido capacidad para desarrollar la promoción de la salud en colaboración con las instituciones y agentes locales, y con la comunidad, aunque en algunos municipios sí que existen buenas prácticas, creadas por grupos de trabajo en colaboración con la ciudadanía, y sesiones formativas. Pero han sido la excepción, que se han desarrollado gracias al sobreesfuerzo realizado por diversos equipos de salud y no estructurados por el sistema mediante la adecuación de recursos, pese a estar teorizado por la Administración y recogido en los documentos. Ahí tenemos, por ejemplo, los programas para hacer frente al tabaquismo; el plan mugiment, mediante el que se están estableciendo servicios de orientación desde las delegaciones territoriales de Salud Pública y las unidades comarcales; y los talleres desarrollados mediante el programa Paziente bizia (Paciente vivo). Pero puede afirmarse que esta área, de alguna manera, Osakidetza la tiene delegada en asociaciones de enfermedades, existentes en el sector terciario.

La mayoría de las asociaciones que se organizan en torno a enfermedades concretas en la sanidad, son delegaciones de asociaciones del Estado español. Su relación con el Departamento de Salud se concreta sobre todo mediante subvenciones, aunque suelen ser convocadas a espacios de

reflexión o redacción de planes que pueda haber en torno a las enfermedades, o participan en algunos consejos expresando su opinión. Asimismo, hemos observado en diversas ocasiones que esas asociaciones se mueven asesoradas por la industria farmacéutica, a fin de que se puedan fomentar diversas medidas en diferentes foros. Tenemos también fundaciones de la industria farmacéutica, que intentan influir en las políticas de salud pública.

No hay transparencia, ni trazabilidad, ni mecanismos para que la Administración pública pueda identificar la relación que puedan tener las y los profesionales de Osakidetza, el Departamento de Salud o los grupos del Parlamento Vasco con la industria farmacéutica.

- El modelo de gobernanza establecido por las autoridades sanitarias ha marcado el modelo asistencial: la o el paciente pertenece al sanitario. Es decir, la ciudadanía no que pueda tomar decisiones que correspondan a su salud. Con todo, durante estos últimos años, a consecuencia de la evolución de la sociedad, esto también está cambiando. Pero tenemos dudas sobre si la mentalidad de las autoridades que ocupan puestos de responsabilidad se esté transformando también en esa dirección, a la vista de la comunicación establecida con la sociedad y las medidas que han entrado en vigor.
- En capítulo III del decreto que constituyó oficialmente las organizaciones sanitarias integradas, Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud, se regulan los órganos participativos, tanto los internos de Osakidetza como los

externos, pero apenas se han desarrollado y en los casos en los que lo han hecho ha sido de manera muy burocrática.

- Tenemos órganos colegiados adheridos al Departamento de Salud, muchos de ellos interinstitucionales, que se complementan con la representación institucional, y, por otra parte tenemos también los consejos técnicos asesores vinculados a una enfermedad o área de trabajo, que se crean con personas expertas de gran prestigio. Convendría hacer una reflexión sobre su funcionamiento, teniendo en cuenta los cometidos de cada consejo. Si tienen que estar constituidos de manera permanente o en torno a temas concretos, convocándolos para temas específicos, tal y como se hace en Nafarroa, para que no sean meros órganos burocráticos que se dediquen a informar y corroborar los acuerdos adquiridos por el Gobierno antes de hacerlos oficiales, sino que sirvan para el debate y para aclarar las dudas que pueda haber y lograr que se apliquen políticas eficaces. Ahí tenemos, entre otros, al Comité Asesor de Vacunas, al Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, al Comité de Coordinación Interinstitucional de Adicciones o, entre los comités asesores, al Comité Asesor de Atención Primaria.

2.3.3.-Nombramientos

- Las direcciones de los OSIs son nombramientos arbitrarios, tal y como se recoge en el artículo 27 del Decreto 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, basándose en la confianza política, mediante una convocatoria pública que se debe realizar para ello. Durante años hemos tenido a las mismas personas rotando de una OSI a otra, según la sensibilidad política de quien esté en el Gobierno, puesto que se ha priorizado elegir a las y los

ciudadanos de esa sensibilidad, en lugar de profesionales formados en gestión y con experiencia o que estén arraigados en la OSI. Las direcciones de gestión de las OSIs no se han elegidos entorno a un proyecto, y no ha habido mecanismos para rendir cuentas, no ha habido evaluación. En teoría, existen contratos programa, otros mecanismos que pueden ser más informales para la evaluación, pero realmente no se hace, ni respecto al Departamento de Salud, ni respecto a las y los profesionales de las OSIs, ni respecto a la ciudadanía. Se funciona según la confianza política y según los trámites burocráticos. Por lo tanto, saber cuáles son los resultados que se deben lograr, el nivel de cumplimiento de los diferentes planes, el seguimiento de las gestiones que pueden estar en funcionamiento, quedan como temas internos y burocráticos.

- Al realizar los nombramientos, la normativa que debemos tener en cuenta es el Decreto 186/2005, de 19 de julio, que regula los puestos funcionales, y el Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, que establece los estatutos de Osakidetza.
- En el siguiente enlace pueden verse las convocatorias, ceses o resoluciones sobre diversos nombramientos:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/convocatorias-jefaturas-2024/webosk00-procon/es/>
- Durante décadas, siendo el PNV el responsable del Departamento de Salud los puestos de responsabilidad han sido cubiertos por personas de su confianza, en lugar de primar el conocimiento y la capacidad para la gestión. Quedó en evidencia de qué manera se actúa para elegir los altos cargos

cuando el PSE-EE se hizo con la Lehendakaritza. Colocó a gente de su confianza, y cuando el PNV regresó, volvió a colocar a la suya. Somos conscientes de que puede haber diferentes miradas y modelos de salud, y que cada cual quiere desarrollar sus criterios y su modelo. Pero aun sabiéndolo, necesitamos a la gente profesional más preparada y capacitada para ello en todos los puestos de responsabilidad, desterrando el amiguismo y el clientelismo, y que defiendan el interés supremo del Sistema Público de Salud, que defiendan el interés general, que no tengan intereses cruzados. Porque es habitual que quienes han ostentado cargos de responsabilidad en el Sistema Público de Salud, una vez dejan esos puestos pasan a la sanidad privada, y viceversa, que quienes ejercen en el sector privado se hagan con cargos de alta responsabilidad del Sistema Público de Salud.

- Asimismo, además de las altas gerencias de las OSIs, existen también otras responsabilidades, directores y subdirectores médicos, jefes de los servicios de salud, supervisoras de recursos humanos, etc., tanto en los equipos de las gerencias como en los servicios de los hospitales, donde se procede también mediante convocatorias públicas para elegir a las personas responsables, realizando la convocatoria mediante orden. Los puestos de responsabilidad mencionados son intermedios, pero al elegirlos tampoco se tiene en cuenta el proyecto; los procesos no son transparentes y los nombramientos se hacen de manera subjetiva, aunque se haga la convocatoria. Los nombramientos son de libre designación. La elección se efectúa entre las personas estatutarias, por lo que hay que ser persona estatutaria fija previamente.
- Debemos realizar una reflexión respecto a los perfiles con los que debemos contar en los puestos de gestión y de responsabilidad. Hemos visto a gente

sin formación para la gestión rotando continuamente por puestos de responsabilidad. Las personas profesionales que no son sanitarias en diferentes puestos de responsabilidad no son tenidas en cuenta. Ser sanitario no quiere decir que pueda ser una persona válida para la gestión. Osakidetza carece de medios e itinerarios para formar personas gestoras e impartir formación continua junto con la UPV.

- Tampoco tiene sentido que haya personas responsables por cada categoría. Deberían serlo por equipo. Hay que facilitar a las y los pacientes sus itinerarios, su atención y sus tratamientos, en lugar de obligarlos a estar dando vueltas de un lado a otro. A su vez, hay algunas funciones que habría que revisar quién debe realizarlas, para ganar en efectividad. Por ejemplo, ¿necesitamos a enfermeras supervisoras para confeccionar la cartelera? ¿No sería mejor contar con informáticos y personas avezadas en gestión para confeccionar las carteleras, y que las enfermeras realicen funciones que correspondan a su formación? Lo mismo en el caso de las y los médicos. Ser un buen médico o médica no significa que sea un buen o buena gestora. ¿Las listas de espera las debe organizar la misma persona que trabaja en la privada y es jefe de servicio? ¿La persona que tiene responsabilidades en Osakidetza puede trabajar en la privada? ¿El interés público y el privado defienden los mismos intereses?
- Diríamos que Servicios Centrales de Osakidetza (Administración general) está debilitada. Habría que reforzarla con personal que tengan conocimiento de Osakidetza. Exige conocer muy bien la institución para poder ejercer en su gestión, y en este momento hay grandes problemas. Por una parte, las temporalidades, y por otra, las jubilaciones y la falta de planificación del

cambio generacional ha dejado a la administración central de Osakidetza en una situación delicada. El modelo de funcionariado en vigor, los movimientos entre los departamentos de la Administración pública del Gobierno Vasco y los traslados no ayudan. Osakidetza tiene una singularidad especial. Asimismo, dado que se está dando un cambio generacional, es conveniente no perder el conocimiento construido durante años y orientar adecuadamente el cambio generacional.

2.4.-OSIs de Oskaidetza

- Hoy en día Osakidetza se organiza por OSIs mediante el Decreto 100/2018. Tras realizar el pilotaje en Bidasoaldea se implementó en toda Osakidetza de manera progresiva. En teoría esa organización era para facilitar y lograr la integración entre la atención primaria y los hospitales; pero en vez de poner la atención en la colaboración y en los modelos de trabajo necesarios para ello, la atención se ha centrado en la gestión de los hospitales. Aunque sobre el papel parezca una bonita idea, el desarrollo que ha tenido en la práctica no ha sido el adecuado. Si se cambia el modelo organizativo, pero no se cambian las formas de trabajar, es difícil conseguir el objetivo que se busca. Asimismo, los presupuestos de los OSIs están detallados en los presupuestos del Departamento de Salud y la partida asignada a la Atención Primaria no aparece diferenciada, tal y como se corrobora en la respuesta remitida el 8 de abril de 2022 por el Departamento de Salud al Parlamento Vasco (en la iniciativa con número de expediente 12/10/05/03/01327-1903). Por lo tanto, no se especifica de manera transparente la financiación que se destina a la Atención Primaria.

El contrato programa establece el presupuesto destinado a la OSI. Cada OSI cuenta con unos indicadores que debe cumplir mediante el contrato programa, pero en la práctica se ha convertido en un sistema burocrático.

Osakidetza se conforma de las siguientes OSIs:

- En Gipuzkoa: OSI de Donostialdea / OSI de Bidasoaldea / OSI de Urola Garaia –Goierri / OSI de Debarrena / OSI de Debagoiena/ La OSI de Tolosaldea es mixta –público-privada–
- En Araba: OSI de Araba / OSI de Rioja Alavesa
- En Bizkaia: OSI Barrualde – Galdakao / OSI Bilbo – Basurtu / OSI de Uribe / OSI Barakaldo – Sestao / Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta / Santa Marina y Gorniz: no son OSIs pero tienen un carácter especial.
- Existe también la OSI Emergencias, distribuida en cada territorio, con sus recursos. Compuesta por un centro de coordinación en cada territorio, y soportes vitales avanzados y básicos. Los soportes vitales avanzados son de gestión pública, salvo el de Tolosa, Elgoibar y Donostia (mixta). Y los soportes vitales básicos son de gestión subcontratada (se distribuyen por lotes y en herrialdes). Araba y Bizkaia: La gestión corresponde a la empresa La Pau y en Gipuzkoa a la empresa Ambulancias Gipuzkoa. La OSI Emergencias la trataremos en un apartado específico.
- A pesar de que la organización es la misma para todos los territorios, cada territorio tiene sus particularidades, sus características, por lo que el

desarrollo de las mismas ha derivado en diferencias en la ejecución de la organización. En ese sentido, podemos observar que, hasta ahora, el territorio más cohesionado y cercano a la ciudadanía ha sido Gipuzkoa. Puede que el hecho de que las OSI estén estructuradas en Gipuzkoa en comarcas naturales haya contribuido en ello. Pero durante estos últimos años esa cohesión se ha ido perdiendo poco a poco, porque ha acarreado las consecuencias de la política de personal en vigor acrecentando la fuga de las y los profesionales de los hospitales comarcales; porque algunos puestos se han centralizado en el hospital de referencia del territorio; o porque varios servicios se han reducido en los hospitales comarcales, o se han eliminado. Durante los últimos años, hemos asistido a un desmantelamiento de los hospitales comarcales en lo que a servicios y profesionales se refiere. No sabemos si el Departamento de Salud ha cuenta con una estrategia para reformular los hospitales. Se han generado conflictos: en la OSI de Debagoiena, en el hospital de Zumarraga, en la OSI de Debabarrena, en la OSI de Bidasoaldea.

- En Bizkaia, el funcionamiento de las OSIs se ha centrado en los grandes hospitales. El ámbito territorial que debe atender la OSI de Barrualde-Galdakao es muy amplio, muy disperso, incluyendo comarcas muy diferentes en su seno, que, además, cuenta con una débil cartera de servicios centrada en el hospital de Usansolo y con un Centro de Alta Resolución de Gernika que guarda más parecido con un gran centro de salud. En la mayoría de las ocasiones, con la ayuda de dos ambulancias de la OSI Emergencias que deben ser medicalizadas pero que se encuentran sin personal médico.
- La unificación de los hospitales de Txagorritxu y Santiago ejecutada a consecuencia del nuevo plan funcional planteado en la OSI Araba ha

causado revuelo, al no acordar las decisiones y el proceso con las y los profesionales de la salud de la OSI; al reducir los puestos de trabajo; al cerrar el PAC de San Martín, puesto que ha tenido consecuencias directas en las y los usuarios de Osakidetza y las urgencias del hospital de la OSI de Araba.

- También se ha querido hacer cambios en la organización de las zonas rurales de Araba, cuestionando una organización que funciona bien.
- En Araba hay varios municipios que están fuera del servicio de hospitalización a domicilio, cuando la población de los restantes municipios sí la tiene garantizada. Concretamente, se trata de los municipios ubicados en las áreas de Izarra (Urkabustaiz), Kuartango, Pobes-Erriberagoitia, Valles Alaveses I, Valles Alaveses II, Montaña Alaveses, Urizaharra y Okina.
- Los cambios de organización que se han planteado a lo largo de estos años no se han consensuado con las y los profesionales de la salud y ni con la representación del personal trabajador. Tampoco sabemos si se trataba de cambios pensados para dar respuesta a las necesidades de la población. De hecho, hemos echado de menos los análisis que justificarán la realización de todos esos cambios. Por ejemplo, el nuevo hospital de Eibar fue una decisión tomada para dar respuesta a los intereses partidistas de unos presupuestos, y no a las necesidades que tenía la comarca y el territorio.
- En teoría, los acuerdos que se toman en la mesa sectorial o los planes y las políticas que se aprueban en el Departamento de Salud se deben desarrollar de una misma manera, pero surgen diferencias en el desarrollo y la ejecución.

2.5.-Osatek

- Osatek S.A.: se trata del ente público creado por Osakidetza mediante el Decreto 159/92. Tiene como objetivo ofrecer y proveer al Sistema Vasco de Salud servicios de apoyo, sobre todo servicios de carácter corporativo o los que precisan procedimientos de alta tecnología. Hablamos principalmente de los servicios dedicados a la realización de resonancias magnéticas. Hoy es el día en que el personal trabajador de las listas de Osakidetza no tiene la oportunidad de utilizar las estructuras de Osatek, aunque estén ubicadas dentro de los centros de Osakidetza; en que se fomenta la discriminación entre el personal trabajador de Osakidetza y el personal trabajador de Osatek, y en que está desviando a la privada para la realización de pruebas porque Osatek no dispone del personal trabajador suficiente. Se están produciendo grandes disfunciones que afectan al paciente y, además, no se está haciendo un uso correcto del dinero público, ahondando en la privatización, cuando disponemos de trabajadoras y trabajadores públicos en Osakidetza para realizar esas funciones.

2.6.-Política de personal

- Al hablar de la política de personal se deben distinguir, por lo menos, dos áreas principales. Por una parte, el personal de Osakidetza, estatutario. Y por otra parte, el del Departamento de Salud, de función pública. Además, tendríamos también a BIOEF y a Osatek, con su singularidad propia y con otra normativa, teniendo siempre en cuenta el carácter de cada entidad.

- En lo que respecta al personal de Salud Pública y Adicciones, el Departamento de Salud especificaba lo siguiente en la respuesta remitida en noviembre de 2023, iniciativa 12/10/07/02/03501-6062:

Número total personas en Dirección de Salud Pública y Adicciones (por categorías)	Nº personas
Director/a	1
Secretario/a alto cargo	1
Subdirector/a	2
Responsable Vigilancia en Salud Pública	1
Administrativo/a Contabilidad	1
Administrativo/a General	5
Auxiliar General	6
Responsable Protección Salud y Evaluación riesgos	1
Responsable Programas de Salud	1
Responsable Diseño Implementación Sistemas Gestión Calidad	1
Técnico/a Protección y Evaluación de riesgos	5
Puesto Acumulación tareas Subgrupo A1	1
Responsable Epidemiología e Información	1
Responsable Promoción de la Salud	1
Técnico/a Planificación, Investigación y Evaluación Sanitaria	1
Técnico/a Epidemiología	2
Técnico/a Promoción de la Salud	2
Responsable Área de Drogodependencias	1
Técnico de Drogodependencias	5
Responsable Laboratorio	1
Responsable Área Laboratorio	2
Técnico/a Facultativo Laboratorio	18
Técnico/a Auxiliar Laboratorio	5
Ayudante Laboratorio y Salud Pública	29
Auxiliar de Laboratorio	3
Limpiador/a Laboratorio	3

Número total personas en Salud Pública (en Lakua)	Nº personas
Director/a	1
Secretario/a alto cargo	1
Subdirector/a	2
Responsable Vigilancia en Salud Pública	1
Administrativo/a Contabilidad	1
Administrativo/a General	1
Auxiliar General	3
Responsable Protección Salud y Evaluación riesgos	1
Responsable Programas de Salud	1
Responsable Diseño Implementación Sistemas Gestión Calidad	1
Técnico/a Protección y Evaluación de riesgos	5
Puesto Acumulación tareas Subgrupo A1	1
Responsable Epidemiología e Información	1
Responsable Promoción de la Salud	1
Técnico/a Planificación, Investigación y Evaluación Sanitaria	1
Técnico/a Epidemiología	2
Técnico/a Promoción de la Salud	2
Responsable Área de Drogodependencias	1
Técnico de Drogodependencias	5
TOTAL	32

Número de puestos con código en Salud Pública (Plantilla estructural)	CÓDIGO	DOTACIÓN
Director/a	9104	29
Secretario/a alto cargo	520010	125
Subdirector/a	511846	7,8
Responsable Vigilancia en Salud Pública	920031	1
Administrativo/a Contabilidad	520060	90
Administrativo/a General	520040	328, 352, 339, 324, 343, 337, 339
Auxiliar General	520020	851, 852, 858, 86, 1006, 1007, 843
Responsable Protección Salud y Evaluación riesgos	511111	1
Responsable Programas de Salud	511271	1, 2
Responsable Diseño Implementación Sistemas Gestión Calidad	920037	1
Técnico/a Protección y Evaluación de riesgos	511110	1, 2, 3, 4, 5

- En la plantilla de Osakidetza, no existe una Relación de Puestos de Trabajo, que sí hay en los demás departamentos o entidades. Se manejan dos

plantillas: la estructural y la funcional (que trabajan en el día a día). Como se observa en la información que solicitamos mensualmente en el Parlamento Vasco, cada mes no tenemos al mismo número de personas trabajando en Osakidetza, y que eso no ocurre únicamente al hilo de los derechos que pueda tener el personal trabajador, las licencias, etc., ni tampoco por las enfermedades. El histórico de esta información está en el Parlamento Vasco, como consecuencia de las solicitudes de información presentadas durante años y a lo largo de diferentes legislaturas. Algunos datos:

APIRILA 2024		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	53.958*	38.337
% 50 Jardunaldi erdia	2.888	2.448
33,33 % Jardunaldi herena	1.495	1.212
Beste jardunaldi partzialak	3.716	3.082

APIRILA 2023		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	38.526	36.119
% 50 Jardunaldi erdia	2.445	2.397
33,33 % Jardunaldi herena	1.084	1.037
Beste jardunaldi partzialak	2.960	2.890

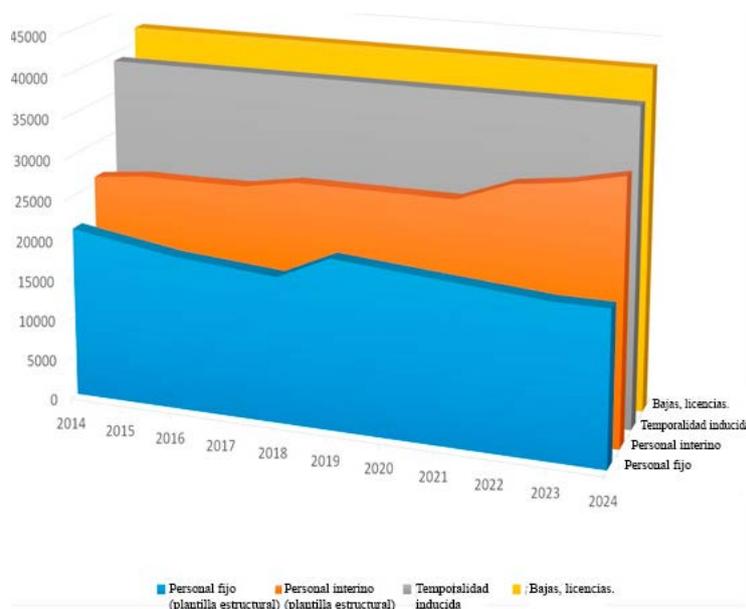
MAIATZA 2024		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	72.783*	36.394
% 50 Jardunaldi erdia	4.275	2.247
33,33 % Jardunaldi herena	2.105	1.107
Beste jardunaldi partzialak	5.227	2.729

MAIATZA 2023		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	38.625	35.819
% 50 Jardunaldi erdia	2.491	2.447
33,33 % Jardunaldi herena	1.078	1.033
Beste jardunaldi partzialak	2.977	2.895

APIRILA 2022		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	40.209	36.348
% 50 Jardunaldi erdia	2.469	2.394
33,33 % Jardunaldi herena	1.044	949
Beste jardunaldi partzialak	3.628	3.384

MAIATZA 2022		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	38.633	35.652
% 50 Jardunaldi erdia	2.480	2.429
33,33 % Jardunaldi herena	959	918
Beste jardunaldi partzialak	3.400	3.282

- La plantilla estructural de Osakidetza, conforme a la información remitida por el Departamento de Salud en agosto de 2024 –iniciativa 13/10/07/02/00129– y a consecuencia del acuerdo tomado por el Consejo de Gobierno el 22 de febrero de 2024 de aumentar la plantilla estructural en 1.431 plazas, es de 32.442 plazas, y así quedará recogido en los presupuestos de 2025.
- Pero el hecho de que los puestos de trabajo estructurales sean 32.442 no significa que todos estén cubiertos por profesionales.



- Los fijos no llegan a 20.000.
- Estructurales: 32.442
- Provisionalidad del 57 % (naranja + gris)
- No se cumplirá el objetivo del 8 %.

- Hasta enero se estabilizarán 7.600 profesionales y eso hará que los fijos asciendan a 27.000.
- Durante años, las necesidades estructurales se han cubierto mediante puestos de trabajo eventuales. El modelo de contratación en vigor ha fomentado la temporalidad y eso ha provocado movilidad, precariedad, dificultades para la profesionalización y ruptura de la longitudinalidad.
- Se ha hecho un uso interesado de las dos plantillas –plantilla estructural y plantilla funcional– para ocultar las necesidades estructurales que tenía Osakidetza, para ocultar la temporalidad existente. Y todo ello no ha ayudado a planificar, a que las y los profesionales de la salud se adhieran a Osakidetza, a mantener el conocimiento, a reforzar el proyecto de Osakidetza y por consiguiente, ha provocado el deterioro de la atención.
- En la mesa sectorial de Osakidetza a los sindicatos se les reconoció que se habían destruido 119 puestos de trabajo desde septiembre hasta noviembre de 2023, porque no se les había asignado el código. Y que desde febrero a junio de 2024 otros aproximadamente 500 puestos de trabajo alcanzarían el límite marcado por la ley, y que otros aproximadamente 3.000 podrían estar en peligro antes de finalizar el año 2025.
- ¿Qué queremos decir cuando decimos que alcanzarán el límite marcado por la ley? Que a un conjunto de contratos el plazo se le termina en septiembre, porque cumplirán el plazo de 3 años; otros cuantos cumplirán el plazo de 9 meses antes de septiembre y, más adelante, les ocurrirá lo mismo a otros contratos y puestos de trabajo, porque la Ley 20/2021 así lo especifica para

reducir la temporalidad y para que no sea mayor del 8 %, condiciones que deben reunir los contratos temporales.

- Durante años en la OSIs no se ha realizado una valoración de los puestos de trabajo, no se han mostrado los puestos de trabajo sin código, no se han identificado las necesidades existentes para ordenar la plantilla.
- El último plan de recursos humanos es de 2014-2016. En esos años ya se preveía la tasa de jubilación que habría más tarde, pero no se ha realizado ninguna planificación para responder a ello.
- En lo que respecta a las jubilaciones, disponemos de los siguientes datos, remitidos por el Departamento de Salud y que se especifican en la iniciativa 12/10/07/02/02570-6654: [Microsoft Word - Lege.docx \(legebiltzarra.eus\)](#)
- En torno a las jubilaciones que se iban a dar en la Atención Primaria, se recoge lo siguiente en la iniciativa 12\10\05\03\01073-7938:

Hurrengo taulan, 2022tik 2027ra bitartean Lehen Mailako Atentzioko profesionalak erretiroa hartuko dutela aurreikusten da. Aurreikuspena egiteko, 68 urteko fakultatiboen erretiro-adina eta 65 urteko gainerako profesionalen erretiro-adina hartu dira kontuan.

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
A1 - Fakultatibo mediko-teknikoa	25	41	65	78	107	118
A2 - Goi-mailako teknikaria	1					
B1 - Osasun-diplomaduna	64	80	110	96	77	94
B2 - Erdi-mailako teknikaria		1	1			3
C1 - Teknikari espezialista sanitarioa		1				1
C2 - Administraria	1	1			2	2
D1 - Erizaintzako laguntzailea	8	7	12	16	11	15
D2 - Administrari laguntzailea	39	42	60	46	60	80
D3 - Teknikari laguntzaile profesionala	3	1	4	7		6
E1 - Zeladorea - Langilea	1	2	1	1	7	2
GUZTIRA	142	176	253	244	264	321

- La mesa sectorial de Osakidetza ha ido perdiendo su naturaleza según se avanzaba en el tiempo. Prueba de ello es que aún está vigente el convenio laboral acordado en 2007, [DECRETO 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud, para los años 2007, 2008 y 2009](#). En 2013 se realizaron algunas modificaciones mediante el Decreto 351/2013. <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2013/05/1302442e.pdf>

O el decreto que regula los puestos funcionales, [DECRETO 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio vasco de salud](#). O que desde 2013 no se han realizado elecciones y que finalmente se realizarán el 28 de noviembre de 2024. Es cierto que ha habido acuerdos puntuales, como el acuerdo de Desarrollo Profesional en julio de 2022. Pero, aun estando firmado, hubo que esperar un año a que entrara en vigor, y además los sindicatos tuvieron que movilizarse para que se cumpliera lo firmado. No ha habido una cultura para

la negociación entre diferentes. Menos aún para acordar medidas que ayuden a que Osakidetza se adapte a los nuevos tiempos y se convierta en una institución con capacidad de aprender, y de establecer políticas estructurales para ir adaptándose junto con la sociedad.

- Ofertas Públicas de Empleo: 2016-2018 //2018-2019 // 2020-21-22
- El personal trabajador está muy quemado con la gestión de la OPE, con el modelo OPE. Realizando OPEs continuamente, concursos de traslado... Cargando continuamente a las y los profesionales.
- La corrupción que ha habido durante años en la OPE de Osakidetza.
- Durante años se han desregularizado las relaciones laborales. El sueldo base no es alto, los sueldos suben con los complementos y las guardias, con la autoconcertación, etc.
- Lo que se acuerda y aprueba en las Mesas Sectoriales no tiene el mismo nivel de desarrollo en todas las OSIs.
- Osakidetza cuenta con un Plan de Igualdad para la plantilla. Necesitaríamos los datos del cumplimiento de dicho plan.
- Según se recoge en el Plan de Salud 2030 (pág. 28), se prevé que en el año 2030 faltarán 10 millones de profesionales de la salud en el mundo.

- Las nuevas generaciones tienen otras necesidades, y hay que darles respuesta.
- Las y los profesionales de la salud quieren contratos de trabajo que ofrezcan condiciones para construir sus proyectos de vida. Piden un itinerario laboral en el que no sean castigados continuamente, que les ofrezca una vía para desarrollarse profesionalmente, unida a la formación y a la investigación.
- Falta de transparencia en la gestión diaria de las listas.
- En la medida en que la sociedad ha evolucionado, Osakidetza tiene dificultades para adaptarse a los nuevos tiempos. Tiene dificultades para incorporar los nuevos perfiles que son necesarios: trabajadoras sociales, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas, matemáticos...

2.7.-Formación

2.7.1.-Introducción

Se analizará la situación de los grados de medicina y enfermería, sobre todo desde la perspectiva de la educación práctica que se lleva a cabo en los hospitales universitarios, aunque se tomará también en cuenta la educación teórica.

Queremos aclarar que muchas de las cuestiones que se citan a continuación son competencia de la Universidad del País Vasco (EHU), y que existe una mesa bipartita constituida por Osakidetza y la UPV para desarrollar estos temas. Osakidetza es el principal destinatario de las personas formadas por la UPV, la institución que debería

mostrar un mayor interés para que la educación se imparta de manera adecuada, pero es también, al mismo tiempo, el principal agente que participa en la formación. Por último, existen también universidades privadas que imparten educación de la salud, pero no las tendremos en cuenta.

2.7.2.-Número de alumnado, infraestructuras y metodología.

- Osakidetza tiene una gran necesidad de profesionales de la salud, sobre todo de enfermeras y médicos. Eso exige aumentar el número de alumnas y alumnos, y, en consecuencia, es preciso adaptar las estructuras físicas y el número de profesoras y profesores para formarlos.
- En cuanto al número de alumnas y alumnos, los datos de los que disponemos son los siguientes:

Plazas que se ofrecen en la facultad de medicina de la UPV:

2010-11:240 / 2011-12: 265 / 2012-13: 265 / 2013-14: 270 / 2014-15: 270 / 2015-16: 270 / 2016-17 270 / 2017-18: 310 / 2018-19: 325 / 2019-20: 200 es + 130 eus (330) / 2020-21 200 es + 130 eus (330) / 2021-22: 200 es + 130 eus (330) / 2022-23: 200 es + 130 eus (330) / 2023-24: 200 es + 168 eus (368) con la siguiente previsión: llegar a las 400 plazas para 2026.

Plazas que se ofertan en enfermería: 165. Durante años han solicitado que se ofrezcan más plazas, pero el Gobierno Vasco no ha dispuesto de medios para ello. El Gobierno Vasco dice que no tiene inconveniente en crear más plazas, pero sin facilitar medios para ello.

Durante el curso 2023-2024 se formaron más enfermeras en la privada que en la UPV, con muchos menos profesores y profesoras.

- La nota de corte para acceder a los estudios de medicina y enfermería es tan alta que incluso alumnas y alumnos con buenas notas y vocación se quedan fuera de la UPV. Por lo tanto, la competencia que se fomenta antes de acceder a estos estudios y la presión existente es muy elevada. En lugar de fomentar la cultura de colaboración en estos estudios, la competitividad existente desde el principio es alta, y eso no contribuye a construir la cultura de trabajo en equipo que tan necesaria resulta en Osakidetza y en el Sistema Público de Salud. El alumnado está condenado a tener notas muy altas o a que sus familias sean de nivel económico alto. Por lo tanto, si no acceden a la universidad pública, deben pagar un dineral en la privada, y eso no se lo pueden permitir todas las familias. Hay que revertir el sistema y la cultura que se ha construido en torno a estos estudios.
- En el Estado español, en los últimos tiempos, se han puesto de manifiesto los problemas que afectan a las y los médicos en formación (emergentes y graves): hoy en día, el acceso a la facultad médica es un privilegio reservado a aproximadamente el 3% de los que dicen sentirse llamados por la vocación. Para lograrlo, el personal médico del futuro tiene una fuerte competencia y un entrenamiento riguroso desde los 16-17 años, un compromiso temprano con un objetivo a largo plazo que condicionará la existencia de candidatas: no pueden descentrarse, en momentos en los que nuestras adolescentes deberían estar preocupadas por desarrollar aspectos esenciales de su personalidad, se ven obligadas a renunciar a muchas de sus aspiraciones

para ponerse por delante de sus compañeras. Este sometimiento incondicional a los estudios puede ser un obstáculo para el desarrollo personal: el éxito académico derivado del proceso que se consigue sacrificando las partes relevantes del set personal (desarrollo de las capacidades y actitudes propias de la adolescencia, creatividad y curiosidad, empatía, comunicación o fracaso y madurez emocional dada por la frustración). A través de estos elementos, el alumnado encuentra tranquilidad y razón para su esfuerzo, basada en una práctica médica idealizada por las series de televisión, en la tecnología, en una gran capacidad de resolución aparente y en un papel casi ubicuo del médico.

- En los estudios de grado de medicina primero es el acceso, después los 6 años y más tarde el sistema de residencia para lograr la habilitación para trabajar en el Sistema Público de Salud. Un continuo proceso competitivo. Y una vez superada la residencia para trabajar en el Sistema Público de Salud, se debe realizar una OPE para trabajar en Osakidetza y hacerlo cada vez que se convoque una OPE, atrapado de manera continua en el sistema de exámenes hasta lograr una plaza. Esto no motiva al alumnado, a las y los profesionales de la salud, para que se adhieran a Osakidetza, y, al contrario, puede concluirse que responden a otros intereses: mantenimiento de los núcleos de poder, fomento de las jerarquías, profundización en la privatización, etc.
- Los estudios de enfermería y medicina deben tener un carácter práctico principalmente, y lograrlo es imposible a no ser que se tenga una relación adecuada con las y los pacientes. Tal y como se ha reseñado previamente, Osakidetza constituye el destinatario principal de esas y esos profesionales, pero, al mismo tiempo, también es el principal agente que participa en la

formación. Muchísimas profesoras y profesores son de Osakidetza, y la formación se lleva a cabo principalmente en centros de salud y hospitales de Osakidetza.

- En lo que respecta al grado de medicina, el primer ciclo (los 3 primeros años) se realizan en el campus de Leioa, y el segundo (4º, 5º y 6º curso) en los espacios de enseñanza. En estos momentos hay cinco espacios de enseñanza: Gurutzeta, Basurtu, Galdakao, Gasteiz y Donostia.
- En lo que respecta a las estructuras, el espacio de enseñanza de Gurutzeta está en buen estado. En Basurtu se están llevado a cabo las obras del nuevo espacio, tras las largas demoras habidas. El espacio de enseñanza de Galdakao está en buen estado, pero se trata de un espacio que cuenta con pocas alumnas y alumnos. El espacio de enseñanza de Donostia está en buen estado, pero lo comparten alumnas y alumnos de enfermería y medicina, y no hay sitio para todas. En Gasteiz el nuevo edificio se construyó en la zona universitaria, lejos del hospital. Esto dificulta la participación de las y los profesores del hospital de Txagorritxu, a consecuencia de que los desplazamientos son más largos.
- No se entiende que en la educación primaria y la ESO se trabaje mediante competencias, y que al llegar a la universidad se utilicen fórmulas pedagógicas que han quedado obsoletas.
- Existen otras formas innovadoras de enseñanza en medicina (y algunas en las universidades de la zona) como el aprendizaje basado en problemas, en retos. Que deberían ser asumidas por la UPV/EHU.

2.7.3.- Tipos de profesorado y dificultades generadas.

- La UPV emplea las habituales figuras de enseñanza en los estudios de enfermería y medicina, produciéndose dificultades en las particularidades que tienen estos estudios.
- Hay profesoras y profesores titulares en el grado de enfermería que carecen de actividad en la atención sanitaria. Eso facilita una adecuada plantilla, pero al mismo tiempo dificulta la enseñanza práctica del profesorado.
- Hay unos pocos profesores que organizan el Prácticum del 4º curso, con un contrato de 3 horas semanales. Se encargan de la organización, pero, como es lógico, no pasan muchas horas con el alumnado. La mayor parte de la enseñanza práctica está en manos de los profesionales que no tienen contrato de trabajo con la UPV, dependiendo de su buena voluntad. Estos profesionales ofrecen su tiempo y su esfuerzo a cambio de un certificado de tutor. Ese certificado se tiene en cuenta en la carrera profesional.
- En el grado de medicina, en su primer ciclo, hay muchas profesoras y profesores sin actividad clínica. Eso debe ser así por la propia naturaleza del primer ciclo. Pero unas profesoras y profesores del tercer año, y la mayoría de los del segundo ciclo, son profesionales que tienen como actividad principal la actividad clínica y realizan la enseñanza como segunda actividad.
- Dado que la Atención Primaria no es una cátedra, no se contempla debidamente ni en las prácticas, ni en la medicina.

- El alumnado llega muy desmotivado al hospital, y eso es algo que también ocurre en los tres primeros cursos. Hay que plantear otra forma de enseñanza de medicina.
- Se observan actitudes deshumanizadas tanto en grado como en postgrado de medicina.
- En virtud del acuerdo entre Osakidetza y la UPV existen tres tipos de profesorado:
- Catedráticos o profesores titulares. Son miembros de la UPV, pero en virtud del convenio vigente con la UPV su principal actividad es clínica, y dedican el 25 % del tiempo a la enseñanza. Las condiciones para ser profesora o profesor titular o catedrática son muy estrictas, y miran principalmente a la actividad académica. Por ese motivo, hay una falta de profesores titulares en muchos departamentos, hasta poner en peligro la propia enseñanza en algunos momentos. Estos criterios son establecidos por el Estado, conforme a los criterios de ANECA o Unibasq.
- Profesores asociados. Su principal actividad es clínica. Pueden contar con alumnas y alumnos en prácticas durante esta actividad. Suelen disponer de un máximo de 3 horas semanales para impartir clases teóricas o realizar tareas organizativas.
- Tutores de prácticas. Son profesionales que ayudan en las prácticas, sin relación profesional con la UPV. Reciben un certificado válido para su desarrollo profesional y también para las pruebas selectivas para ser profesor o profesora asociado en la UPV.

Este modelo conlleva varias dificultades, que explicaremos a continuación:

- Es preciso ser profesor o profesora titular o asociado para impartir clases. Hay profesionales que son muy buenos en unos temas en concreto, a quienes les resulta muy difícil impartir unas pocas clases. Existe la posibilidad que ofrece la figura del profesor invitado, pero los requisitos para ello son muy difíciles de cumplir.

Muchos profesores titulares o asociados no tienen ocasión o manera de ocuparse directamente de las prácticas del alumnado, debido a su tipo de actividad. Esta enseñanza práctica, que ocupa muchas horas, queda en mano de otros profesionales. Todos estos profesores no tienen ocasión de nombrar tutores de prácticas, porque el número de tutores es limitado, y eso provoca desigualdades y malestar entre los profesionales.

- Es necesaria la formación del profesorado.

2.7.4.-Linea de Euskera y situación del euskera.

- Conforme a la oferta de estudios de la UPV, los estudios de enfermería y medicina pueden realizarse tanto en euskera como en castellano. En enfermería todas las clases teóricas pueden realizarse en euskera, y las prácticas, como se pueda.
- El primer ciclo de medicina puede realizarse tanto en euskera como en castellano. En el segundo ciclo, en cambio, la situación es muy diferente.

En Gasteiz el segundo ciclo se puede cursar únicamente en castellano.

En Galdakao el segundo ciclo se puede cursar únicamente en euskera.

En Donostia hay dos grupos, el de euskera y el de castellano. Hay clases teóricas en euskera y en castellano, las clases prácticas dependen del tutor asignado. El grupo de euskera tiene el doble de alumnado que el de castellano.

En Gurutzeta y en Basurtu hay dos grupos, el de euskera y el de castellano. Algunas clases teóricas no se imparten en euskera, y las prácticas se llevan a cabo dependiendo del tutor asignado, siendo la mayoría en castellano. Los grupos de euskera son más pequeños que los de castellano.

En vista de la situación, podría realizarse una reestructuración, diferenciando los espacios de enseñanza según los idiomas. Otra opción sería crear una sola línea, y que todos los grupos dieran las clases en castellano, euskera o inglés, a fin de que todo el alumnado domine los tres idiomas al finalizar sus estudios.

2.7.5.-Grado medicina de la UPV

No se entiende el lugar que ha ocupado durante años la formación de Atención Primaria en los estudios de medicina. En este curso seguirá siendo aún materia optativa. Tampoco es entendible el lugar que ocupa la Salud Pública (promoción, prevención). Convendría realizar una revisión y una reflexión. Por lo tanto, es normal que en Atención Primaria las plazas MIR queden desiertas. ¿Cómo van a elegir las y los médicos una especialidad que no conocen?

2.7.6.-Formación de Osakidetza

Osakidetza no tiene un itinerario de formación propio para sus profesionales de la salud. Está totalmente externalizado y privatizado. Las pocas formaciones que se imparten suelen ser online, o se limitan a remitir algunos documentos.

- Se precisa el reconocimiento de la formación interna. Para reforzar la formación, con horas destinadas a la investigación.
- Por otra parte, la formación se recibe de manos de la industria farmacéutica, y eso se autoriza e impulsa desde las direcciones de los centros. Habría que dejar fuera a la industria farmacéutica. Para ello, el sistema debe impulsar una formación de calidad.

2.7.7.-Formación de residentes

Atención Primaria. Existen grandes problemas para conseguir tutores que formen a los residentes de medicina familiar. Hay varias razones, por ejemplo, la carga de trabajo, la falta de reconocimiento, la alta eventualidad (hay personal médico preparado para ser tutor pero sin plaza fija).

Dentro de la formación de los residentes, se deberá estudiar con carácter prioritario, las razones por las cuales muchos de los residentes que finalizan la especialidad de medicina familiar y comunitaria deciden no quedarse en Atención Primaria.

2.8.-Investigación

- Existe una Dirección de Investigación e Innovación Sanitaria por lo que, probablemente, exista un interés gubernamental en mejorar lo previo. De todas formas, se echa en falta un Plan de Investigación para el país. No existe un plan preciso para combinar investigación y asistencia.
- No hay un proyecto para que el personal de asistencia investigue y colabore con la UPV/EHU.
- No existe un planteamiento de investigación en Atención Primaria y en los hospitales. No hay un planteamiento para que los Bioinstitutos trabajen con Osakidetza y con la asistencia. La investigación sigue siendo vista como un obstáculo en la asistencia y no como un elemento para mejorarla. Existen algunas figuras aisladas, pero limitadas principalmente a las de larga trayectoria profesional. Además, deben dedicar a ello tiempo libre. La investigación debería contemplarse dentro de la asistencia. Para ello se ofrecen contratos de intensificación de 6 meses. Pero 6 meses no son suficientes y no es serio, si se quiere investigar como es debido. Los contratos de intensificación son un parche. También hay problemas para acceder a los contratos de intensificación (reducciones de jornada para investigar) o contratos post MIR. Incluso después, con amenazas de represalias por abandonar temporalmente la atención.
- Los Bioinstitutos se han convertido maquinarias para obtener financiación para sus proyectos. Pero luego su aplicabilidad queda en el aire. Se conceden

muchas becas para la realización y justificación de proyectos, pero los clínicos/as cuestionan su utilidad.

- Hay una gran falta de reconocimiento de las y los profesionales que se dedican a la docencia y la investigación. Para los hospitales las horas de clase son una pérdida de tiempo. Tampoco se valora el tiempo de prácticas con los alumnos/as, y se ve como una pérdida de tiempo.
- Los hospitales no tienen nada claro qué funciones de investigación le corresponde al personal de asistencia.
- Inestabilidad del personal investigador no vinculado a Osakidetza, y resulta prácticamente imposible consolidar grupos de investigación en el entorno hospitalario/IIS.
- La mayoría de personas que hacen su tesis en los Bioinstitutos son biólogos/as y sus condiciones de trabajo son inaceptables. El Gobierno Vasco concede becas para 4 años. Las becas que se ofrecen son muy precarias:

Laguntza berriak		1. berritzea		2. berritzea		3. berritzea		Doktorego ondoko orientazio-aldia	
Enplegatzailea	Enplegatua	Enplegatzailea	Enplegatua	Enplegatzailea	Enplegatua	Enplegatzailea	Enplegatua	Enplegatzailea	Enplegatua
23.801	18.635	23.801	18.635	25.253	19.967	31.328	24.958	43.324	32.672

(*) nominaren zenbateko gordina, langile bakoitzak jasan behar dituen atxikipenak eta kotizazioak kendu baino lehen

- En los Bioinstitutos también hay personas en puestos postdoctorales y sufren una presión enorme para conseguir becas. Dedicar mucho más tiempo a solicitar proyectos que a investigar.
- Asimismo, en los Bioinstitutos hay personal técnico dedicado a dar apoyo metodológico en la obtención de proyectos. Hacen un buen trabajo y es

necesario. Pero trabajan en muy malas condiciones. Hay mucha rotación. Sueldos muy bajos. Es gente muy formada, pero en cuando puede se va al ámbito privado por las malas condiciones laborales que se le ofrecen. Están en una situación muy precaria.

- Hay mucha gente con talento, gente muy buena, pero no hay ninguna estrategia para retener a ese talento, no se apuesta por ello, no se ofrecen buenas condiciones laborales.
- No hay posibilidad de desarrollo profesional. Condiciones laborales precarias.
- Los datos de las plantillas no son nada claros. Hay mucha opacidad en torno a esos datos.
- Baja valoración de la experiencia previa en investigación a la hora de seleccionar perfiles directores de los IIS y sus comités.
- Elitismo y tecnificación en la investigación. Es cosa de unas pocas personas y no tiene nada que ver con la actividad habitual en organizaciones sanitarias.
- La participación de las y los profesionales no médicos –personal de enfermería– es mínima (no hay incentivos y sí muchos obstáculos, reconocimiento nulo y falta de tiempo).
- Las jefaturas de servicios están ocupadas por personas seleccionadas por su capacidad gestora, sin importar su capacidad/interés investigador.

- Atomización de grupos trabajando sobre un mismo tema - OSIs como reinos de taifas.
- Opacidad en la priorización de líneas / proyectos sin criterios claros y públicos, y sin discusión y consenso previos con los profesionales y con la ciudadanía.
- Ausencia de financiación básica de grupos.
- Burocratización de procesos y Fiscalización de los investigadores.
- Inexistencia de una sinergia con la UPV/EHU - los convenios están hechos a la defensiva, para acotar los ámbitos más que para impulsar una colaboración abierta e igualitaria.
- Poco "atractivo" para atraer ensayos clínicos.
- Las dotaciones económicas de los proyectos de investigación del Departamento de Salud son mejores que previamente (parece que la estrategia ha cambiado de dotar con poco a muchos a dotar con mucho a pocos, si eres de los afortunados/as, tendrás fondos decentes para desarrollar el trabajo)

2.9.-Política lingüística

Para empezar, hay que mencionar que para garantizar los objetivos establecidos para el posible pacto de salud (mejora de la calidad asistencial,

sostenibilidad del sistema, participación de la ciudadanía y prevención y promoción de la salud) es imprescindible la atención sanitaria en euskera. Es decir, si no se garantiza la atención sanitaria en euskera (y si los recursos humanos que se necesitan para ello no son adecuados) no se cumplirán todas las anteriores.

El informe que ha publicado el Gobierno Vasco para empezar a elaborar el posible Pacto de Salud en Euskadi señala que Osakidetza está impulsando y expandiendo la presencia y el uso del euskera de forma planificada y progresiva cada vez en más servicios y ámbitos profesionales. Según indica el informe de metodología para el panel de personas expertas del Pacto de Salud, se solicita trabajar sobre modelos de salud basados en la evidencia científica. En el citado informe se explica la evolución de los perfiles lingüísticos, pero no hay ninguna evidencia de que se esté extendiendo el uso del euskera.

Hay que subrayar que el documento que ha presentado el Gobierno Vasco no es, en realidad, un diagnóstico. En el ámbito del euskera se recoge una explicación sobre lo que se ha llevado a cabo o de los logros, pero nada más. No es poco teniendo en cuenta que el Decreto 67/2003, de normalización del uso del euskera en Osakidetza, se realizó 20 años después de la creación de la organización y que el primer decreto de los perfiles lingüísticos es del 2005. La planificación se ha centrado y se está centrando en los perfiles lingüísticos y no hacen ninguna otra aportación. Como hemos mencionado, no consta, por ejemplo, el uso del euskera (no se mide), la historia clínica en euskera, la evolución de los circuitos de atención, la formación de los residentes en euskera, o la formación sobre la materia. Es solo una foto difuminada.

En este momento está en vigor el III. Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza 2022-2028.

Según la información recibida por parte del Departamento de Salud al Parlamento en noviembre de 2023 (iniciativa nº 12/10/07/02/03498-6059), hay una fotografía de las comisiones y el personal técnico de euskera que tenemos en Osakidetza:

ZERBITZU ERAKUNDEA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	BADAIKA EUSKARA BATZONDERIK? ¿CUENTA CON COMISIÓN DE EUSKERA?	ZENBAT PROFESIONALEK OSATZEN DUTE EUSKARA ZERBITZU TEKNIKOA? ¿CUÁNTOS PROFESIONALES CONFORMAN EL SERVICIO T.O. DE EUSKERA?
ARABAKO ERRIOXAKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Zuzendaritza Nagusiarekin (2/3 egun)
ARABAKO ESIA	Bai	Arduraduna 1 Euskara teknikariak 2 Administrariak 1
ARABAKO OSASUN MENTALEKO SAREA	Bai	Euskara teknikariak 1
BARAKALDO-SESTAKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
BARRUALDE-GALDAKAKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 2 Administrariak 1
BIDASOKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
BILBO-BASURTUKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 2 Itzultzaileak 1
BIZKAIKO OSASUN MENTALEKO SAREA	Bai	Arduraduna 1 Euskara teknikariak 1 Itzultzaileak 1
DEBABARRENEKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
DEBAGOIENENKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
DONOSTIALDEKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 2 Itzultzaileak 1 Administrariak 1
EMERGENTZIAK	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Gorlako Ospitalearekin (2/3 egun)
EZKERRALDE-ENKATERRI-GURURTZETAKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 2
GIPUZKOAKO OSASUN MENTALEKO SAREA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Tolosaldeko ESiarekin (2/3 egun)
GOIERRI-UROLA GARAIKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
GORLIZKO OSPITALEA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Emergentziekin (3/2 egun)
SANTA MARINA OSPITALEA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Transfusioen Zentroarekin (3/2 egun)
TOLOSALDEAKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Gipuzkoako OMSekin (3/2 egun)
TRANSFUSIOEN EUSKAL ZENTROA	Bai	Euskara teknikariak 1* *Konpartitua, Sta. Marina Ospitalearekin (2/3 egun)
URIBEKO ESIA	Bai	Euskara teknikariak 1
ZUZENDARITZA NAGUSIA	Bai	Zerbitziburua 1 Euskara teknikariak 7* Itzultzaile-interpreteak 5

		Administrariak 2 *Bat konpartitua, Arabako Errioxako ESiarekin (3/2 egun)
--	--	--

Hay que señalar que el registro sobre la lengua preferente está mal hecho. La demanda de atención en euskera es inferior a la que se puede conseguir; entre otros, porque la oferta no es suficiente. Ese problema se detectó hace tiempo (<https://www.oegunea.eus/agiriak/ikusi/kom/755>), viendo que la situación sociolingüística y la demanda no siempre coinciden. Asimismo, la formación específica del personal, su actitud y concienciación pueden ser claves. Eso fue reflejado así en los estándares clínicos aprobados por el Gobierno de Canadá (HSO, 2018). Ese tema es muy importante, ya que el registro puede condicionar toda la planificación, y si es erróneo, o no detecta las necesidades de la sociedad, puede condicionar la oferta en sí misma.

El servicio que se ofrece en euskera va aumentando muy lentamente. Cada vez hay más personal euskaldun trabajando en Osakidetza; eso influye en respetar cada vez más los derechos de la ciudadanía que quiere recibir el servicio en euskera.

A su vez, una serie de medidas establecidas por Osakidetza han contribuido de cierta manera a garantizar los derechos de la ciudadanía. Por ejemplo, registrar la lengua preferente de la ciudadanía ha podido ayudar en algunos casos a garantizar que la ciudadanía que ha priorizado el euskera pueda recibir atención sanitaria en euskera (en muchos otros casos no ha influido).

El aumento del personal que puede atender en euskera se debe a dos razones: por un lado, es un reflejo de la sociedad. Entre otros, un gran porcentaje de quienes realizan los estudios de enfermería y medicina domina el euskera. Por otro lado, requerir la preceptividad del perfil lingüístico a un número cada vez mayor de puestos de trabajo está influyendo en ese aumento.

En cuanto a los perfiles lingüísticos de los puestos de trabajo, el porcentaje de personal que ha acreditado el perfil lingüístico y el porcentaje de personal que atiende en euskera no son iguales, aunque las personas responsables de Osakidetza lo equiparen. Obviamente, el segundo es notablemente menor que el primero. Esto es, una parte importante del personal con perfil lingüístico acreditado, por diversas razones, no ofrece el servicio en euskera (entre otras opciones, convendría ampliar los cursos de perfeccionamiento). Por lo tanto, el alto porcentaje de acreditación del perfil lingüístico del personal en algunos ámbitos de Osakidetza puede dar una imagen que no se corresponde con la realidad, aunque esa realidad mejore todos los años.

A pesar de que esa situación se deba a diversas razones, el hecho de que Osakidetza no trabaje en euskera y no posea *arnasguneak* o nichos vitales del euskera tiene un impacto considerable. El o la profesional que ha logrado el perfil lingüístico frecuentemente no tiene la posibilidad de hablar en euskera en su entorno natural. Si Osakidetza tampoco le da esa oportunidad, lo perderá y cada vez tendrá más dificultades para atender en la lengua de los y las pacientes.

En el Plan de Euskera se recogen medidas organizativas y protocolarias para garantizar la atención en euskera a las personas pacientes y usuarias que así lo deseen (ya se mencionaban en los planes anteriores). Sin embargo, esas medidas se están aplicando a un nivel limitado, ya que tanto la Dirección General como las direcciones y responsables locales no han impulsado su implantación. En la práctica, parece que la política de las personas responsables de Osakidetza sobre el euskera es la de no tomar una actitud proactiva y que el paso de los años resuelva o minimice los problemas por su cuenta (ya que la acreditación del perfil lingüístico del personal va aumentando año tras año).

En las evaluaciones del primer y segundo Plan de Euskera de Osakidetza se mencionaba que la principal razón de no aplicar correctamente las medidas del Plan era la no transversalidad del Plan, la falta de responsabilización de la dirección y jefaturas para aplicar el Plan. En el tercer Plan, aunque se menciona y se subraya esa necesidad de transversalidad, seguimos con el mismo problema. Las direcciones y jefaturas que tienen voluntad de aplicar las medidas del Plan de Euskera sí lo hacen, y realizan las labores necesarias para ello. Sin embargo, las direcciones que no tienen sensibilidad sobre ese tema, no las aplican y ese comportamiento pasivo que afecta negativamente al respeto de los derechos de las personas usuarias no tiene ninguna influencia. En esta situación, todavía a día de hoy el desarrollo del Plan de Euskera en la práctica está principalmente en manos del personal de los Servicios de Euskera (personal técnico de euskera) y algunos responsables locales que tienen la voluntad de impulsar la normalización del euskera. En esas condiciones la implantación de las medidas del Plan de Euskera está siendo de nuevo muy limitada.

Ese problema ocurre tanto en niveles inferiores, por ejemplo, cuando las personas responsables de un servicio no garantizan que su personal subordinado diga la primera palabra de atención telefónica en euskera, y como en niveles superiores, por ejemplo, cuando las jefaturas de personal de algunas OSIs no cumplen correctamente algunas medidas importantes del Plan de Euskera (el Plan de Euskera ordena establecer una fecha de preceptividad en algunos casos a los puestos de trabajo de las jefaturas y a vacantes vegetativos, y ha habido jefaturas de personal que han decidido y comunicado que no van a aplicar íntegramente esas medidas).

Durante años hemos observado que la oferta formativa del personal de Osakidetza para aprender euskera no ha sido muy amplia. Que no se ha hecho una apuesta contundente para euskaldunizar el sistema.

Existen carencias importantes en la normalización del uso del euskera en el servicio de atención y asistencia de Osakidetza. Pero en el funcionamiento interno, como lengua de trabajo normalizada, se puede decir que la carencia en cuanto al uso del euskera también es absoluta. Actualmente el castellano es la lengua de trabajo estándar de Osakidetza en todos los niveles. Se garantiza la presencia del euskera en algunos ámbitos (Intranet, rotulación fija, etc.), pero, en la práctica, la única lengua de trabajo es el castellano. El derecho a poder trabajar en euskera no está garantizado de ninguna manera (entre otras cosas, las reuniones de trabajo, la documentación y los mensajes de trabajo del día a día son en castellano).

Además, frecuentemente el euskera se trata de manera descuidada, incluso en ámbitos donde aparentemente está garantizada. Por ejemplo, es habitual que en la Intranet dirigida al personal las versiones de euskera sean traducciones torpes, incomprensibles y, a veces, con errores. Frecuentemente, algunas personas consideran la traducción al euskera como «un trámite a cumplir», y realizan o aceptan textos de euskera descuidados o torpes. Por ello, inevitablemente, esas versiones en euskera apenas se utilizan.

Hay que mencionar especialmente los programas informáticos que utiliza el personal sanitario. Muchos de ellos están solamente en castellano, entre ellos algunos programas realizados expresamente para Osakidetza. Por ejemplo, el programa E-Osabide no se puede utilizar en euskera, ya que se bloquea si se selecciona la versión en euskera. Hace ya unos diez años, se tramitaron quejas sobre la situación del programa E-osabide, y siempre está a punto de solucionarse, pero pasan los años y seguimos en la misma situación. El programa ICCA para gestionar personas enfermas críticas también está solamente en castellano. Aunque se había adquirido el

compromiso hace tiempo que se instalaría en euskera, las personas responsables no tienen ningún interés en ello.

A pesar de los avances, las autoridades siguen dando al euskera el mismo tratamiento que a una lengua extranjera (como si se intentara garantizar, «en la medida de lo posible», una lengua diferente al castellano, que las autoridades y direcciones toman como lengua de atención normal de Osakidetza) o como un trámite a cumplir a nivel interno (en Intranet, en los programas informáticos de asistencia sanitaria); haberlo haylo en euskera, pero no es útil/fiable, y es mejor el de castellano, utilizad «la normal»...

En consecuencia, no están normalizados ni la atención ni el trabajo. Los euskaldunes no podemos recibir atención o trabajar sin estrés lingüístico. Muchas veces, ni siquiera con estrés lingüístico. Eso incide directamente en la calidad, la seguridad clínica y la equidad. A pesar de que es una evidencia que el Gold Standard es que todos los y las profesionales sean bilingües, estamos muy lejos de ello y hacen falta medidas eficaces para conseguirlo. Mientras tanto, no se han establecido de forma real los medios (circuitos, traductores, interpretación, arnagunes, etc.) que puedan facilitar recibir la atención o trabajar en euskera.

2.10.-La Salud y la perspectiva de género

En el informe presentado, en general, no se aprecia la inclusión de la perspectiva de género. Consideramos que se trata de un grave error. Por un lado, porque las mujeres tienen problemas de salud específicos que requieren de una atención específica. Por otro lado, porque no se identifican las desigualdades de género existentes en el sistema sanitario ni los posibles determinantes de género.

SALUD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

	Salud de las mujeres	Desigualdades de género	Determinantes de género
FUNDAMENTO	Las mujeres tienen problemas específicos que requieren atención específica.	La situación social de los sexos es diferente discriminatoria conlleva desigualdad inequidad.	Las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género.
OBJETIVO	Las mujeres. Atender los problemas de salud propios del sexo: reproducción, climaterio...	Los hombres, las mujeres y la discriminación. Alcanzar la igualdad y equidad entre los sexos.	Los hombres, las mujeres y sus relaciones. Transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres.
MÉTODO	Identificar necesidades y proporcionar recursos específicos diferenciados para mujeres.	Identificar las desigualdades por sexos y visibilizar diferente morbilidad. Tomar medidas socio-políticas-sanitarias para la igualdad y la equidad.	Analizar y modificar los determinantes de género sociales (modelos) y psíquico-subjetivos (roles, actitudes y significados subjetivos).

ACTIVIDADES	Programas de atención a problemas de mujer.	de la morbilidad diferencial de desigualdades de accesibilidad y atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.	Investigación y atención a morbilidad diferencial de desigualdades de accesibilidad y atención: sesgos de género, con elección de variables con potencial explicativo de género.	Investigación de determinantes y promoción de modelos de intervención colectiva y clínica para cambiar las actitudes de determinantes de género.
-------------	---	---	--	--

Perspectiva de género y salud (Sara Velasco 2008)¹

Las carencias en este ámbito para poder hacer un diagnóstico adecuado son tan grandes, que nuestra propuesta sería organizar un grupo de trabajo específico para abordar la salud y la perspectiva de género.

1

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

2.11.-Infraestructuras

- Una y otra vez escuchamos propuestas sobre nuevas infraestructuras. Por supuesto, es indispensable renovar las infraestructuras que necesiten ser renovadas. Pero al llevar a cabo las renovaciones, habría que contrastarlas con quienes trabajan allí, para que sean adecuadas, ya que constantemente vemos obras que hay que volver a reparar antes de ser inauguradas.
- Observamos también que las nuevas infraestructuras y proyectos que se plantean tienen la oposición de los/las profesionales del ámbito, porque los proyectos no se comparten ni se consensuan.
- Vemos infraestructuras que se están quedando medio vacías. Y que se ponen en marcha infraestructuras que pueden ser cuestionables o que empiezan a construirse sin un informe de análisis sobre las necesidades sanitarias de la población: el Hospital de Eibar, el Centro de Alta Resolución de Durango...
- Vemos que durante años se han priorizado las estructuras en lugar de invertir en personal y profesionales.

En los presupuestos de 2024 se recogían las siguientes obras:

La partida 09 4112 20 7 Transferencias y subvenciones para operaciones de capital del presupuesto 2024 del Departamento de salud, dotada con la financiación de 64.491.637, recoge las siguientes infraestructuras:

- OSI Rioja Alavesa: 1.500.000: nuevo centro de Oion (p. 263)

- OSI Tolosaldea: 500.000: nuevo hospital de Tolosaldea (p. 274)
- Hospital Gorliz: 641.637: construcciones (p. 394)
- Hospital Santa Marina: 5.700.000 (p. 377): reforma integral Planta de Paliativos
- OSI Araba: 2.500.000 (p. 228): nueva Hemodiálisis HUA (2.000.000) y nuevo CS Casco Viejo de Vitoria-Gasteiz (500.000)
- OSI Bidasoa 2.300.000: reforma BQ Bidasoa. (p. 297).
- Debabarrena 500.000: nuevo CS de Elgoibar (p. 321)
- OSI Alto Deba 11.800.000: nuevo CS de Aretxabaleta 800.000/ Nuevo CS de Bergara 2.000.000 / Obras para modernizar el Hospital 9.000.000 (p. 241)
- OSI Donostialdea 11.600.000 (p. 286) Nuevo CS de Altza 1.900.000 / Nuevo CS de Loiola 1.100.000/ Protonterapia y CCEE 8.000.000 / Nueva unidad de Cuidados Intermedios HU Donostia: 600.000.
- OSI Goierri-Alto Urola 3.500.000: (p. 309) Nuevo BQ Zumarraga 3.000.000 / Nuevo CS de Lazkao 500.000-
- OSI Barrualde-Galdakao: 8.950.000: (p. 412): Nuevo CS de Laudio 7.600.000 / Reformas hospitalización Hospital Galdakao-Usansolo 1.350.000.

- OSI Bilbao-Basurto 4.700.000: (p. 400): nuevo CS de Bolueta 1.200.000 / Obras para modernizar el Hospital 2.500.000 / Nuevo CS San Ignacio 500.000 / Reforma CS Santutxu 500.000
- Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces 8.200.000: Nuevo CS de Zalla 1.200.000 / Obras reforma HU Cruces 7.000.000
- OSI Uribe 500.000: Nuevo CS Sondika: 500.000 (p. 343)
- Salud Mental de Bizkaia 1.600.000: reforma integral CSM Uribe 1.600.000 (p. 366).
- Renovación del parque de salas de RX.
- Renovación del parque de aceleradores: Hospital Universitario Donostia, Basurto y Araba
- Renovación del parque de TAC de toda la organización.

El consejero de Salud compareció en el Parlamento el 20 de septiembre de 2024 y anunció una inversión de 1.000 millones de euros hasta el año 2030:

- Ampliaciones de los hospitales de Basurto, Usansolo-Galdakao, Donostia, Txagorritxu, Zumarraga, Arrasate y Tolosa (nuevo hospital), Durango (Centro de Alta Resolución).
- Centro Logístico en Iurreta.

- Atención primaria: se modernizarán o construirán nuevos centros en Irun, Laudio, Donostia (Loiola), Vitoria-Gasteiz (Casco Viejo), Bilbao (Bolueta, San Ignacio, Santutxu), Elgoibar, Oion, Bergara, Lazkao, Sondika, Urduliz.

2.12.-Listas de espera

- Es la cuestión que más preocupa a la ciudadanía: tener garantizado el acceso a Osakidetza cuando lo necesiten; que les hagan el seguimiento en un tiempo razonable; y que, una vez en Osakidetza, las pruebas y las consultas, cirugías o respuestas pertinentes se lleven a cabo en el tiempo necesario. Es el indicador más importante para la ciudadanía.
- Hay poca transparencia sobre las listas de espera. No es solo cuestión de proporcionar datos o no. Saber cómo se gestionan y conocer las praxis cuestionables y preocupantes a la hora de gestionar listas de espera es fundamental para poder dar pasos en la transparencia. De qué estamos hablando:
 - De que la gestión de las listas de espera recaiga en profesionales que trabajan simultáneamente en la sanidad pública y privada.
 - De que existan diferentes listas de espera en Osakidetza para gestionar cada lista: A, B y/o el resto de listas diferentes.
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/06/05/pdfs/A21830-21840.pdf>
 - De los criterios existentes para cuantificar las esperas.
 - De anular las citas programadas para reprogramarlas más adelante.

- Las listas de espera se han actualizado recientemente en el portal Gardena: <https://www.gardena.euskadi.eus/bistaratzeta-herritarrentzako-arreta/webgar00-contvisu/eu/>

Hasta ahora, no se han actualizado y solo se han hecho llegar a petición de los Grupos Parlamentarios. Asimismo, el incremento de las listas de espera no solo se ha producido como consecuencia de la pandemia, sino que la pandemia se ha utilizado como excusa. Sin embargo, según datos del Ministerio, después de la pandemia las listas de espera del resto de las comunidades españolas aumentaron un 7,38 % de media, mientras en la CAV el incremento fue del 29,63 %.

- El debate sobre las listas de espera siempre está encima de la mesa. Al menos desde 2012, ha habido varios intentos de abordar el tema. En 2017 se elaboró un plan desde la dirección de asistencia. En la iniciativa n.º 12/10/07/02/02540-6352 se remitieron al Parlamento, a petición de EH Bildu, el plan hasta entonces elaborado, del año 2017, y el informe ejecutivo de 2018.
- Las cirugías programadas y no urgentes se regulan mediante el [decreto 65/2006](#). Pero el Gobierno Vasco tiene dificultades para cumplir su propia norma.
- También existe el [DECRETO 230/2012 DEKRETUA, de 30 de octubre, por el que se establecen para el Sistema Sanitario Público de Euskadi los plazos máximos de acceso a las consultas de cardiología y oncología y pruebas complementarias no urgentes](#), que limita las listas de espera de las consultas externas.

- En lugar de reforzar Osakidetza para reducir las listas de espera, en lugar de tomar medidas estructurales, durante años hemos visto que se utilizan la autoconcertación y la derivación. Que se ponen parches. Por lo tanto, siempre volvemos al punto de partida.
- En cuanto al número de consultas y pruebas anuladas, lo podemos consultar en la información remitida por el Departamento de Salud al Parlamento en diciembre de 2023 (iniciativa número 12/10/07/02/03504-6155): [Iniciativa \(legebiltzarra.eus\)](#).
- Los datos sobre la autoconcertación que lleva a cabo Osakidetza se pueden ver en la información remitida por el Departamento de Salud al Parlamento en enero de 2023 (iniciativa 12\10\07\02\ 02768): [Iniciativa \(legebiltzarra.eus\)](#). También se puede consultar la respuesta recibida en diciembre de 2023: [Iniciativa \(legebiltzarra.eus\)](#)
- Asimismo, cada OSI y las especialidades de las OSIs no tienen criterios unificados, por ejemplo, para hacer pruebas, cirugías, etc. También desde el punto de vista de la equidad hay diferencias en función del lugar de residencia.

3.- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

3.1.-Salud Pública

3.1.1.-Dirección de Salud Pública y Adicciones

- La iniciativa por el derecho a la salud –Oseki– analiza en este apartado las desigualdades sociales en materia de salud y la situación del sistema sanitario, aspectos a tener en cuenta en la construcción de la salud individual y colectiva. <https://oseki.eus/eu/arloak/euskadiko-egoera/>
- La Encuesta de Salud 2023 es una encuesta que analiza y mide la situación sanitaria de la CAV. Dicha encuesta, que analiza la situación sanitaria de la población desde 1986, muestra claramente cómo se ha ido perdiendo la confianza en el sistema: como se puede ver en el documento, en 10 años la privatización ha aumentado en un 50 %. Se observa que, desde la última encuesta, es decir, desde 2018, son cada vez más los ciudadanos y ciudadanas que tienen un seguro privado, un 19 % más que en 2018. Esa evolución muestra una pérdida de confianza.

Pero no se limita a eso. La Encuesta de Salud nos muestra o, mejor dicho, mide la situación de la salud de la población de la CAV y su evolución, y también analiza los determinantes de la salud y el uso de los servicios sanitarios. Por desgracia, los resultados de 2023 no son buenos. La evolución desde 2018 es negativa. Por lo tanto, nos demuestra que las políticas sanitarias implantadas hasta ahora no han sido eficaces.

- La fotografía que nos ha ofrecido la Encuesta de Salud de 2023 es preocupante. Aumenta la brecha en función de los indicadores socioeconómicos, el nivel de estudios y el género.
- Uno de los principales retos de la Dirección de Salud Pública y Adicciones es que no haya descapitalización en el relevo generacional que se está produciendo. No perder la experiencia y el conocimiento acumulados durante décadas. La actual política de personal, que ha impulsado la movilidad, y las decisiones adoptadas en la Ley 7/2021 de cuerpos y escalas han hecho tambalear el servicio de Epidemiología. Cabe recordar que los/las responsables y el personal del servicio ya advirtieron de lo que podía pasar. Habrá que ver cómo queda cuando se resuelvan las OPE.
- En la citada Dirección, en general se ha dado poca importancia a la promoción de la salud. Dentro de la Salud Pública, la promoción es un apartado muy pequeño y marginal. No sabemos cuál es el origen de esta situación, pero es difícil de entender que, desde el punto de vista de la salud y sabiendo lo que sabemos en el siglo XXI (incluso antes), no se le dé mayor prioridad y protagonismo.
- Teniendo en cuenta la función que se desempeña en Epidemiología, los métodos de trabajo deberían estar automatizados y debería estar implantada la tecnología más avanzada disponible. Es llamativo y triste ver cuánto tiempo pasan todavía en esta área relleno a mano documentos Excel y otras bases de datos. Tienen que hacer mucho trabajo manual, que en muchos casos es trabajo administrativo, y para eso no hace falta personal técnico superior. En los últimos años, y con motivo de las subvenciones “Next-

generation”, ha habido un intento de ir en esa dirección. Se ha hecho una apuesta por desarrollar varias aplicaciones/programas para poder trabajar algunos datos de forma automática, pero todavía queda mucho por hacer. Si se redujera la carga de trabajo manual el personal tendría más tiempo para estudiar, leer e investigar.

- En Salud Pública existe la misma necesidad que en Atención Primaria de incluir perfiles diferentes. En Salud Pública, la investigación y el conocimiento deberían ocupar más espacio. El personal debería tener más tiempo para aprender, ver lo que se hace en otros lugares y hacer análisis e investigaciones propias. Necesitamos matemáticos/as, estadísticos/as y bioinformáticos/as, entre otros.
- En este ámbito hay que mejorar la comunicación y la coordinación interterritorial.
- Es fundamental impulsar la colaboración entre las diferentes instituciones. Salud Pública (Gobierno Vasco) tiene que colaborar con Osakidetza, ayuntamientos, diputaciones, etc., y dicha colaboración no es tan buena como debería ser. En la Dirección de Salud Pública tampoco se cuida la relación que desde Epidemiología debieran mantener con el ámbito de la vigilancia animal y alimentaria, con Osalan y con otras instituciones.
- La Dirección de Salud Pública y Adicciones está físicamente lejos de Osakidetza, pero también está lejos de todo su funcionamiento: del personal, del funcionamiento, del trabajo conjunto que deberían hacer... No hay más

que ver que la organización de Osakidetza no concuerda con la de Salud Pública en lo que respecta a las comarcas.

- Se necesitan mecanismos de seguimiento del trabajo del sector público. En el sector público, el trabajo que realiza cada trabajador/a depende de su nivel de compromiso. Y eso no es productivo.

3.1.2.-Planes y estrategias de salud

- El Departamento de Salud y Osakidetza diseñan un sinfín de planes y estrategias. Algunos de ellos son de primera línea y definen la dirección del Departamento y de Osakidetza, y otros hacen referencia a un ámbito más concreto.
 - He aquí algunos de ellos: Plan Oncológico 2018 / Marco Estratégico del Departamento de Salud 2021-2024 / Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025 / Plan de Salud 2023-2027 / Plan de Cuidados Paliativos 2023-2027 / Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016, 2017-2020, 2030 / III Plan de Normalización del Uso del Euskera 2022-2028 / Estrategia de Atención Primaria / Plan de Atención a Pacientes con Ictus / Estrategia de Salud Mental / VIII Plan de Adicciones.
- Hemos visto que, en los últimos años, el Departamento de Salud ha dejado en manos de empresas externas la redacción de estos planes y estrategias. A menudo se nos ha respondido que solo han realizado trabajos de secretaría, pero no hay transparencia en cuanto a quién se encarga de definir estos planes y estrategias. En los planes también se menciona a diferentes

profesionales, subrayando su autoría; pero tras hablar con varios profesionales hemos observado que no se han sentido partícipes y no han visto reflejadas sus aportaciones.

- Observamos que hasta el momento hay dificultades para cumplir los objetivos y compromisos que se recogen en los citados planes. No sabemos dónde se falla. Tal vez, desde la propia redacción del plan, o en otras fases, se debería profundizar en la gobernanza ascendente (de abajo arriba), para facilitar la implementación de las medidas que se aprueban.
- Hemos observado que muchas veces no ha habido coherencia entre lo que se recoge en los planes y la praxis diaria del Departamento de Salud y de Osakidetza.
- También hemos visto que el Plan de Salud, a pesar de ser la herramienta principal para la gestión del Departamento, es un plan que siempre resulta bastante periférico. La brecha existente entre la práctica diaria y el plan es significativa.
- En los diferentes planes y estrategias es imprescindible buscar cauces eficaces para integrar la visión y la opinión de la ciudadanía. Paralelamente, hay que desarrollar elementos para medir el grado de cumplimiento más allá del trámite burocrático.
- Hemos visto en diversas legislaturas que algunos de los compromisos que se recogen en los planes se quedan en el cajón y están dando vueltas durante años.

3.2.- Seguridad Clínica del Paciente

- Vamos por el tercer Plan Estratégico y, como muchos otros planes, no se gestiona con fundamento.
- Este último es de 2030, por lo que le quedan otros 6 años.
- No todos los y las profesionales que trabajan para Osakidetza tienen la posibilidad de realizar comunicaciones en el SNASP. El personal asistencial subcontratado no puede realizar notificaciones.
- Aunque en el SNASP se hacen muchas notificaciones, no se hacen las suficientes. El hecho de que en algunos servicios se experimente como indicador negativo el aumento de la cantidad de notificaciones, no ayuda a notificar todo lo que ocurre.
- Las quejas, las reclamaciones, las sugerencias y las encuestas que menciona el Plan no se gestionan debidamente y no se incluyen en el circuito de notificaciones de seguridad.
- En algunos servicios y OSIs el equipo que debe analizar las notificaciones no se reúne. Por consiguiente, las notificaciones realizadas pierden utilidad y esto es considerado como una recomendación directa para no hacer más.
- En muchos servicios y OSIs se reúne el equipo que debe analizar las notificaciones y propone acciones de mejora, pero las direcciones ni las planifican ni las establecen. Las brechas de seguridad no se solucionan y eso obstaculiza al equipo que realiza las evaluaciones y a las personas profesionales que realizan las notificaciones.

- Un claro ejemplo puede ser lo ocurrido con el Plan: «Desarrollo, validación y aprobación del protocolo para la Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto, con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre las diferentes organizaciones sanitarias y los diferentes niveles de atención (atención primaria, PAC, Emergencias, hospitales sin áreas de parto y hospitales con áreas de parto)» que, aunque haya habido una incidencia y se hayan propuesto acciones de mejora, no esté implantado, a pesar de haber pasado años.
- Las direcciones, salvo algunas excepciones, no le dan la importancia que requiere a la gestión de la seguridad y la relegan ante otras prioridades.
- La OSI de Emergencias puede ser un ejemplo obvio de ello. Aunque el plan le dedica un capítulo entero, la gestión de la seguridad se encuentra deteriorada.
- Se ha mejorado significativamente en el ámbito de la identificación del paciente o en la seguridad de las transfusiones. Este debería ser el modelo para trabajar en el resto de ámbitos.
- La evaluación y el seguimiento de las acciones de mejora aisladas establecidas en el Plan es anecdótico.
- La dirección general no conoce realmente las notificaciones que se analizan y las recomendaciones que se hacen y las que se implantan. No hay indicadores y los que hay son muy deficientes. No se miden los indicadores que establece el Plan.

- En Osakidetza, el ámbito de segunda y tercera víctima no se gestiona adecuadamente. No hay cultura y no se realiza ningún intento serio de hacer el cambio cultural que se recoge en la estrategia. Estamos muy lejos de los indicadores que se mencionan.
- En Osakidetza, no se trabaja mediante AMFE. Se implantan nuevos procedimientos de trabajo sin realizar el AMFE de los mismos.
- El punto «Consolidar y dinamizar los comités de seguridad, promoviendo la participación de las personas usuarias/pacientes/familias/personas cuidadoras» que se recoge en el Plan no se ha puesto en marcha en la mayoría de las OSIs y servicios. Apenas se ha trabajado la participación de los y las pacientes en su seguridad.
- No es nada fácil encontrar documentación sobre seguridad clínica en la web.

3.3.-Atención Primaria

- Si de algo se ha hablado durante años en Osakidetza ha sido de la Atención Primaria. De la necesidad de prestigiarla, de su importancia, de su precaria situación, de la falta de profesionales. ¿Pero qué se ha hecho para prestigiar la Atención Primaria? ¿Qué se ha hecho para hacer frente a su situación?
- Previo a la pandemia, en abril de 2019, se llevaron a cabo movilizaciones y huelgas exitosas convocadas por casi todos los sindicatos (excepto SME) y la plataforma Lehen Arreta Arnasberritzen. Denunciaron la situación de la Atención Primaria y la situación que estaba viviendo su personal. Desde entonces la situación no se ha solucionado, ni ha mejorado.

- La Atención Primaria está compuesta por profesionales altamente resilientes. Se trata, en general, de profesionales con gran vocación. Y, por lo tanto, siendo las condiciones laborales las que son, hay que reconocer el sobreesfuerzo que realizan.
- La Atención Primaria cuenta con una Estrategia en Euskadi, que se publicó en el año 2019 y que pretendía, mejorar la organización del Servicio.
- La longitudinalidad es uno de los pilares de la Atención Primaria. Osakidetza tiene problemas para cubrir los cupos de tarde (se profundiza más adelante).

La supresión de los cupos de tarde afecta sobre todo a las clases sociales más humildes.

Mantener esos cupos es imprescindible para conseguir una sociedad sin exclusiones. Para ello, habrá que estudiar distintas fórmulas (promocionarlos de diversas formas, establecer horarios mixtos de mañana y tarde). En el plan elaborado por Osakidetza para reforzar la Atención Primaria se proponía ir en esa línea, pero no ha habido avance alguno.

- Los centros de salud, los ambulatorios y las consultas de Atención Primaria se encuadran dentro de las OSI. Cada centro cuenta con una persona que asume la jefatura de la unidad de Atención Primaria, pero hoy en día esa figura no tiene muchas opciones de gestionar el centro a su manera. La gestión no es libre, sino dirigida por la OSI correspondiente. Por lo tanto, tienen una persona responsable, pero no tienen capacidad de decisión, y no tienen presupuestos diferenciados y transparentes en los presupuestos anuales del Departamento de Salud, tal y como ratificó la consejera de Salud

en abril de 2022 en una respuesta remitida al Parlamento -iniciativa n.º 01327-1903/05/12/03-.

- En Atención Primaria los presupuestos se realizan mediante gestión de seguimiento, en base a unos indicadores, a modo de inspección. Y en ella se habla del gasto de cada centro. ¿Pero de verdad se le da importancia a ese gasto? En la actualidad el gasto en Atención Primaria ha aumentado, porque se ha puesto en marcha un modelo de pago al personal médico. Porque hay dos modelos de pago: el A y el B (solo para personal médico). Fue una orden de los Servicios Centrales. Una vez más, se pretendía afrontar la escasez de profesionales a cambio de más dinero, pero los problemas no se solucionan así.
- Existen grandes diferencias en la gestión entre la Atención Primaria y el Hospital. Además, no hay conciencia de que haya que trabajar conjuntamente.
- En los diferentes documentos del Departamento de Salud, así como en el documento presentado en la Mesa de Salud, en el ámbito de la Atención Primaria se menciona la homogeneización de las agendas, estableciendo la presencialidad en un 70 %. Se establecen varios compromisos de accesibilidad, como el de obtener una cita con la o el médico de familia en 48 horas. Una de las principales variables relacionadas con los problemas para conseguir cita con la o el médico son las ausencias no cubiertas (vacaciones, bajas o jubilaciones). No se analiza en ninguna parte cuántos cupos hay sin médico, y sin ese dato es imposible analizar la situación adecuadamente.

- La gestión de agendas también ha sido otro problema generado por los Servicios Centrales. El cambio de agenda fue una orden dada tras el COVID-19. No es razonable que todos los centros tengan la misma agenda, cuando en realidad debería ser una agenda adaptada al entorno y a la población de cada lugar. Los JUAP no pueden cambiar mucho la agenda.
- Una de las consecuencias de la homogeneización de las agendas es que hay muy poca flexibilidad para llevar a cabo actividades con perspectiva comunitaria dentro de las horas de trabajo. Hoy en día, gran parte de la actividad comunitaria se realiza mediante el trabajo realizado por el personal fuera de horario.
- En Atención Primaria no existe una ratio de profesionales establecida por norma o ley, ni por categoría, ni por especialidad, ni por equipo (pocas veces se trabaja por equipos). Tampoco se establece la ratio de población correspondiente a cada equipo. Aunque en los últimos meses, a causa del debate en el Parlamento, se ha querido escenificar que los cupos son las ratios. Por lo tanto, tenemos cupos. Pero esos cupos varían de un centro a otro, y esta variabilidad no está condicionada por las características socio-económicas del entorno, por la perspectiva de género, por los flujos migratorios o por las características de la población. Puede decirse que son cupos aproximados. Aunque haya diferencias notorias de un centro a otro, podemos decir que el número de pacientes o TIS que puede tener cada médico puede situarse fácilmente en 1.700, cuando hace unos años eran 1.500; el cupo para el personal de enfermería es de 1.800; en pediatría puede haber grandes diferencias, pero la media puede ser de entre 800 y 1.200 pacientes.

- Habría que cambiar radicalmente la forma de trabajar.

- El trabajo administrativo es otro problema:
 - ¿Es lícito que un/una paciente que acude a la sanidad privada después solicite sus recetas y exploraciones en la sanidad pública?
 - El/la paciente al que se le realiza una intervención quirúrgica en la sanidad privada, ¿después tiene derecho a solicitar otras actuaciones en la sanidad pública, dando más trabajo a la Atención Primaria mientras un/una paciente de la sanidad pública espera la intervención?
 - ¿Por qué ahora las IT no se realizan en el hospital?

- En el último año, en los centros de salud se ha extendido la praxis de que un grupo reducido de médicos se haga cargo de pacientes que en realidad no les corresponden. En los equipos sanitarios, han tenido que atender a más pacientes con menos profesionales. O no se les ha asignado un cupo. Se ha querido impulsar el modelo “pull”, para poder mover a los/las profesionales de un lado a otro, en función de las necesidades que pudiera haber, deteriorando aún más la longitudinalidad, y debilitando aún más la esencia de la Atención Primaria.

- En Atención Primaria apenas ha habido cultura para el trabajo en equipo.

- La política de personal mantenida por Osakidetza durante años, su modelo de contratación, ha provocado la eventualidad. Los contratos precarios, la sobrecarga, la gran movilidad, las dificultades en la profesionalización y la pérdida de la formación han supuesto: la pérdida de

longitudinalidad/continuidad, la paulatina pérdida de calidad de la atención, la desmotivación de los/las profesionales y su fuga.

- En Osakidetza y en Atención Primaria el modelo de contratación se ha aplicado en sentido contrario a la evidencia científica –Longitudinalidad-.
- Debido a las condiciones de trabajo en Atención Primaria, se ha convertido en un servicio de urgencias para la atención de casos agudos. Hay dificultades para realizar un seguimiento adecuado de quienes padecen enfermedades crónicas y/o pluripatologías. Y ha sido imposible trabajar la promoción y la prevención de la salud con el resto de los servicios municipales y locales. Es cierto que en algunos ambulatorios ya se han puesto en marcha servicios de orientación, en colaboración con la salud pública de la comarca y con los servicios sociales y deportivos municipales. También hay en marcha otras buenas prácticas, como la de trabajar con grupos de ciudadanos/as sobre programas concretos, pero todavía queda mucho por hacer en ese ámbito.
- También se ha contratado personal de enfermería comunitaria. Pero no se les ha asignado función alguna o su función se limita, sobre todo, a la recogida de datos. Además, las contrataciones no se han coordinado con Salud Pública. En la información remitida por el Departamento de Salud al Parlamento (Iniciativa n.º 12/10/05/03/02112-4516) se pueden ver los pormenores de dicha contratación:

ARABAKO ESI	5
ARABAKO ERRIOXAKO ESI	1
BARAKALDO-SESTAOIKO ESI	2
BARRUALDE-GALDAKAOKO ESI	5
BIDASOKO ESI	1
BILBO-BASURTUKO ESI	6
DEBABARENEKO ESI	1
DEBAGOIENKO ESI	1
DONOSTIALDEKO ESI	6
EZKERRALDE-ENKARTERRI-GURUTZETAKO ESI	3
GOIERRI-UROLA GARAIKO ESI	2
TOLOSALDEKO ESI	1
URIBEKO ESI	3

- Existe un gran baile de cifras en cuanto a los puestos de trabajo y a los/las profesionales de Atención Primaria. Según la información remitida por el Departamento de Salud en junio de 2023, recogida en la iniciativa n.º 12/10/07/02/03144-3220, la plantilla estructural de Atención Primaria era de 5.943 personas (la que se recoge en el siguiente cuadro):

Puesto	Nº
F.E. MEDICO DE FAMILIA - EAP	1.735
F.E. MEDICO PEDIATRA - EAP	331
F. TECNICO FARMACEUTICO	27
F. TECNICO ODONTOLOGO	51
SUPERVISOR/A	36
MATRONA	137
ENFERMERO/A	2.007
ENFERMERO/A ESPECIALISTA (FAMILIAR Y COMUNITARIA)	95
ENFERMERO/A ESPECIALISTA (PEDIATRIA)	15
FISIOTERAPEUTA	50
TCO. ESP. SANITARIO (HIGIENISTA BUCODENTAL)	18
J. DE GRUPO ADMINISTRACIÓN	2
J. DE EQUIPO ADMINISTRACIÓN	13
ADMINISTRATIVO	10
AUXILIAR DE ENFERMERIA	131
AUXILIAR DE FARMACIA	1
AUX.ADMINISTRACION Y AT.USUARIO	1.012
CONDUCTOR TRANSPORTE SANITARIO	36
CELADOR/A	240
OPERARIO DE SERVICIOS - SSGG	6
TOTAL	5.953

- Y en la fecha antes mencionada había 5.999 profesionales que trabajaban en Atención Primaria.
- Según la información remitida por el Departamento de Salud al Parlamento (iniciativa número 12/10/07/02/03499-6060), en noviembre de 2023 la plantilla estructural era de 5.943 personas y la plantilla funcional de 6.248.

- Asimismo, en la respuesta remitida en febrero de 2023 (iniciativa número 12/10/07/02/02795-552) se recoge que 186 puestos de trabajo de Atención Primaria estaban sin cubrir. Se puede consultar a qué categoría y especialidad pertenecían. Podía entenderse que se refería a la plantilla estructural.

Puesto	Nº
F.E. MEDICO DE FAMILIA - EAP	1.749
F.E. MEDICO PEDIATRA - EAP	303
F. TECNICO FARMACEUTICO	17
F. TECNICO ODONTOLOGO	38
SUPERVISOR/A	23
MATRONA	143
ENFERMERO/A	2.096
ENFERMERO/A ESPECIALISTA (FAMILIAR Y COMUNITARIA)	33
ENFERMERO/A ESPECIALISTA (PEDIATRIA)	
FISIOTERAPEUTA	18
TCO. ESP. SANITARIO (HIGIENISTA BUCODENTAL)	10
J. DE GRUPO ADMINISTRACIÓN	2
J. DE EQUIPO ADMINISTRACIÓN	12
ADMINISTRATIVO	6
AUXILIAR DE ENFERMERIA	143
AUXILIAR DE FARMACIA	7
AUX.ADMINISTRACION Y AT.USUARIO	1.114
CONDUCTOR TRANSPORTE SANITARIO	36
CELADOR/A	242
OPERARIO DE SERVICIOS - SSGG	6
TOTAL	5.998

- En los presupuestos de 2022, como consecuencia del acuerdo presupuestario firmado entre el Departamento de Salud y EH Bildu, se crearon los siguientes puestos estructurales en Atención Primaria:

Hurrengo taulan, 2022tik 2027ra bitartean Lehen Mailako Atentzioko profesionalak erretiroa hartuko dutela aurreikusten da. Aurreikuspena egiteko, 68 urteko fakultatiboen erretiro-adina eta 65 urteko gainerako profesionalen erretiro-adina hartu dira kontuan.

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
A1 - Fakultatibo mediko-teknikoa	25	41	65	78	107	118
A2 - Goi-mailako teknikaria	1					
B1 - Osasun-diplomaduna	64	80	110	96	77	94
B2 - Erdi-mailako teknikaria		1	1			3
C1 - Teknikari espezialista sanitarioa		1				1
C2 - Administraria	1	1			2	2
D1 - Erizaintzako laguntzailea	8	7	12	16	11	15
D2 - Administrari laguntzailea	39	42	60	46	60	80
D3 - Teknikari laguntzaile profesionala	3	1	4	7		6
E1 - Zeladorea - Langilea	1	2	1	1	7	2
GUZTIRA	142	176	253	244	264	321

- En la Atención Primaria se observa que las decisiones se toman en instancias superiores, sin tener en cuenta las necesidades que perciben las personas que trabajan a diario en el servicio y sin contrastarlas con ellas. De vez en cuando se han consensuado algunas medidas, pero su implementación no es efectiva.
- Hay mucho trabajo por hacer para mejorar las relaciones tanto en la propia Atención Primaria como con otros especialistas, así como para mejorar la coordinación bidireccional.
- Puesto que los sistemas informáticos y el historial electrónico tienen un peso importante en el día a día, sería imprescindible que estuvieran dirigidos al aspecto clínico, más que a la gestión, y que se tuvieran en cuenta las necesidades de los/las profesionales.

- Se echan de menos espacios en los que conocer, compartir y difundir las buenas prácticas existentes en los diferentes centros de salud.
- Se observa la necesidad de cambiar el modelo para gestionar las bajas y altas.
- Los/las profesionales de Atención Primaria, en general, no ven adecuado que las pruebas complementarias solicitadas por otros/as profesionales de Osakidetza deban pedirse desde Atención Primaria, que tengan que gestionar citas de otros servicios o que tengan que interpretar pruebas complementarias solicitadas por profesionales de otros servicios.
- Se observa la necesidad de repartir mejor las funciones entre el personal de Atención Primaria y de trabajar en equipo.
- Hay que mejorar el circuito existente con la farmacia y evitar que ciertas gestiones las tenga que realizar el personal médico.
- No existe, en general, inclinación por el trabajo en equipo. Hay que potenciar la cultura del trabajo en equipo. Asimismo, hay que incorporar otros perfiles en la comunidad, para profundizar en la promoción con la ciudadanía, potenciando los microequipos e incluyendo otros perfiles. No hay enfoque comunitario. No se sitúa al ciudadano en el centro. La mentalidad de que el/la paciente es “mío/a” está muy extendida, pero no pertenece a nadie. Asimismo, en estos grupos hay que incluir también personal de limpieza, personal técnico de enfermería de cuidados, etc.

- Hay gran jerarquía y poca solidaridad.
- Muchas cosas que se hacían antes de la pandemia se han dejado de hacer.
- No se ha hecho ningún análisis o evaluación sobre la carga de trabajo y sobre los puestos de trabajo.
- Se observa falta de liderazgo. Los/las responsables no tienen formación adecuada para organizar, motivar y crear equipos.
- Falta formación.
- La organización interna es escasa.
- Falta autonomía. No hay autonomía ni para gestionar las agendas.
- También hay que mejorar la organización de los turnos. El personal no está dispuesto a tener que trabajar siempre de tarde y no suele querer esos turnos. No hay flexibilidad para organizar los turnos, garantizar la conciliación y organizar los horarios.
- Falta un proyecto sólido para la Atención Primaria.
- El maltrato a los/las profesionales es constante como consecuencia de la política de personal vigente, del modelo de contratación.
- La Atención Primaria ya no ocupa el lugar que se merece.

- A veces falta coordinación con los Servicios Sociales. Los Centros de Salud a menudo tienen una postura muy cerrada.
- La burocracia perjudica al paciente. Hay gran ineficacia. Se envía al paciente de un lado a otro continuamente.

3.4.-Salud mental

3.4.1.conceptualización

Desde una perspectiva conceptual la primera propuesta que fundamenta el resto de aportaciones es asignar a la salud mental un lugar preminente en la salud general. Para Osakidetza la salud mental es secundaria, casi innecesaria y centrada en la compensación química, las pastillas. Muchas demandas de atención solicitadas a la atención primaria y a los médicos especialistas esconden un problema de salud mental; a algunos síntomas físicos subyace un desajuste mental. Para identificar este fenómeno es necesario una mirada holística. Una persona mentalmente saludable hace menos síntomas físicos; el cuello no es para separar la mente del cuerpo, sino para unir.

La psicología comunitaria integra elementos físicos, psicológicos y sociales. Analiza y rastrea el problema de salud mental desde los tres enfoques; en sus síntomas, en su etiología y en el contexto en que ocurre. Las tres miradas son necesarias para dar una respuesta integral al problema. Cuál es su malestar, cual es el origen del malestar, biografía, mandatos maternos y paternos, claves introspectivas, contexto familiar y social. Mirada sistémica e intervención interdisciplinar. La psicología comunitaria interpela a la comunidad y a sus políticos implicándoles en las soluciones.

La intervención en salud mental debe ser biopsicosocial. Los trastornos en general no necesitan compensación química más que en su expresión más aguda, y de forma temporal. Es más necesaria la introspección para analizar la etiología del problema y la mirada al contexto familiar y social; por ello la intervención en equipo se hace necesaria para optimizar la intervención y desarrollar sinergias sanadoras en los equipos, contrarias a la cronificación de la dependencia química. Condenar a los psicóticos al pastillazo no es ético; los grupos de psicoeducación y de familiares neutralizan brotes psicóticos futuros. La compensación química debe tener un seguimiento real. Acudir al psiquiatra cada tres meses no es hacer un seguimiento.

3.4.2.-Egoera

- El hecho que las redes de salud mental hayan quedado fuera de las OSIS, como única especialidad de salud, no es comprensible si no existe una justificación razonada. Esta forma de estructurar la salud mental puede facilitar la estigmatización de los trastornos mentales, ya de por sí señalados.
- Con respecto a los servicios existentes en los 3 territorios, se observa una disparidad de recursos que es contrario a la equidad que desde una estructura común cabría esperar.
- Podemos observar cómo en Gipuzkoa y Araba no existen equipos de TAC (Tratamiento Asertivo Comunitario) y en Bizkaia sí. También en Araba existe un centro de Rehabilitación Comunitaria, que no disponen los otros dos territorios. En Bizkaia existen varios dispositivos comunitarios para la atención a primeros episodios (4) cuando en el resto de herrialdes no existen.

- Asimismo, la atención aguda en los hospitales generales, por un lado, y la presencia del resto en la Red de Salud Mental, fraccionada, no tiene sentido. Las infraestructuras, aunque mejoradas, también nos recuerdan a una época obsoleta.
- En la Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 (Departamento de Salud, 2024), publicada en septiembre del pasado año, se pone el énfasis en que el marco de la atención es el modelo comunitario, es la base del sistema, “no solo un modelo técnico”. Pero, como ha ocurrido con el modelo de las OSI en el resto de la salud, en salud mental se sigue poniendo en valor los hospitales, tanto generales como psiquiátricos. La dotación de recursos humanos descompensados entre la primaria y lo hospitalario, es tan evidente que nos hace poner en duda ese principio de que lo comunitario es básico. Podemos poner como ejemplo la distribución de profesionales de psiquiatría en los recursos hospitalarios y los comunitarios.

Tabla 1. Distribución de profesionales de psiquiatría en los recursos hospitalarios y los comunitarios.

	HOSPITALES	RECURSOS COMUNITARIOS
ARABA	37	24
BIZKAIA	83	131
GIPUZKOA	19	52

Tabla 2. Distribución de profesionales de psicología en los recursos hospitalarios y los comunitarios.

	HOSPITALES	RECURSOS COMUNITARIOS
ARABA	2	16
BIZKAIA	15	68
GIPUZKOA	3	32

Tabla 3. Distribución de profesionales de trabajo social en los recursos hospitalarios y los comunitarios.

	HOSPITALES	RECURSOS COMUNITARIOS
ARABA	3,5	8,5
BIZKAIA	10	41
GIPUZKOA	0	19

- Hay que reseñar que en Gipuzkoa no hay hospitales psiquiátricos públicos, con lo que los números son solamente de la planta de psiquiatría del Hospital Universitario de Donostia.
- Es muy llamativo que tanto en el citado Hospital de Donostia como en el HUA alavés, no haya profesionales de trabajo social. Asimismo, en el HUA no se reseñan profesionales de psicología en los datos aportados en respuesta a nuestro grupo parlamentario relativa a *“profesionales que trabajan en salud mental”*. (13/10/07/02/00015-1566)

3.4.3.-Interdisciplinar

- Estos datos, y la propia percepción de los y las profesionales consultados, nos llevan al diagnóstico de que, frente a una atención integral en salud mental, la que se oferta desde Osakidetza es cada vez más centrada en la dispensación farmacológica.
- Frente a una concepción biopsicosocial de la salud, la que se prioriza y se pone en valor es la biologicista, hurtando a la población atendida las otras dos. Citando a la propia “Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028” (Departamento de Salud, 2024):
El tratamiento debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica, social y ocupacional/ funcional que respondan a principios éticos y hayan mostrado evidencias de eficacia y seguridad.
- Así, desde la citada estrategia se dice que los recursos sociales han de ser suficientes con el fin de que los ingresos sean lo más cortos posibles, permitiendo la vuelta al domicilio “*con apoyo sanitario y social si fuera necesario*”.
- También se ha observado que este modelo de abierta tendencia biologicista, impide que el resto de profesionales no médicos, sean tan solo “colaboradores” del tratamiento farmacológico. Por tanto, este modelo no facilita un trabajo interdisciplinar, mucho más enriquecedor y efectivo al aunar diversas visiones profesionales.

3.4.4.-Profesionales

- El cuidado de los y las profesionales es un asunto a resolver de forma urgente. La altísima rotación de profesionales en los equipos de salud es una constante desde hace unos años. La renovación de la plantilla por una cuestión de jubilaciones era previsible desde hace muchos años. Sin embargo, no se ha planificado adecuadamente y se ha ido improvisando según llegaban las citadas jubilaciones.

Esa amplísima rotación afecta al sistema en dos vertientes:

- Las personas trabajadoras: cada vez con menor motivación e implicación en el equipo dada su inestabilidad. No puede haber adherencia al equipo si no se tiene una mínima estabilidad.
- Las personas pacientes: esa rotación de profesionales afecta en su confianza y colaboración con las profesionales, al tener que confiar su intimidad constantemente a diferentes. No olvidemos que la salud tiene una vertiente de relación con su profesional, sobre todo en salud mental.
- Esta rotación e inestabilidad también redundan en la falta de especialización en la formación precisa para servicio. En salud mental es necesaria una formación continua de todo el equipo asistencial en las técnicas y habilidades para la intervención. Solo con una formación conjunta del equipo es posible la ya citada atención integral interdisciplinar.

3.4.5.-Saturación de recursos

- La actual situación de los centros de salud mental desbordados por la demanda tras la pandemia, no ha sido más que la gota que ha desbordado el vaso. Desde algunos ámbitos se explica que se ha generado tras la pandemia que ha hecho aflorar “trastornos” que se han exacerbado con esta situación. Sin embargo, esta saturación ya venía produciéndose desde hace más de 10 años, y las profesionales venían proponiendo soluciones y alternativas.
- La propia saturación de la atención primaria de salud, desbordada por la demanda y la limitación de profesionales, es una de las causas principales. La estructura de los equipos de atención primaria, limitados a medicina, enfermería y personal administrativo, impide que puedan realizarse actividades comunitarias para fomentar la salud y el bienestar emocional de las personas pacientes. En otras comunidades se incluye a otras profesiones (psicología y trabajo social) en los equipos de salud que realizan actividades de apoyo a las personas desde la propia atención primaria, descargando a salud mental de malestares originados por determinantes sociales y culturales que, con frecuencia, condicionan la salud y el bienestar emocional de la población.
- El propio modelo de atención en salud mental genera esa saturación, un modelo médico farmacéutico que no facilita la intervención del resto de profesionales de salud mental, más allá de la “colaboración”.

3.4.6.-Formación

- Ni en Osakidetza, ni en la Red de Salud Mental existe un itinerario formativo propio estructurado y sólido. La formación también ha sido externalizada y se ha puesto a disposición de agentes externos a la organización.
- La formación para la habilitación en psicología clínica se basa en una formación dirigida al psicodiagnóstico desde una visión del DSMIV revisado, y desde una perspectiva categorial que predispone a la compensación química. Pastillazo y dinero para los laboratorios.
- En la habilitación clínica, apenas hay contenidos de terapia, y de formación en terapia grupal o terapia individual. La formación está focalizada en el psicodiagnóstico desde un enfoque categorial, donde la dimensión psicosocial de los trastornos psicológicos apenas se aborda. Esto propicia poner un nombre al problema para el que hay una medicación determinada, pastillazo, simple y barato en la concepción de ratios y tiempos de atención, así como grandes beneficios para la industria farmacéutica. Esta solución cronifica el problema y les hace dependientes de ansiolíticos, antidepresivos...más dinero para la industria farmacéutica. Contrariamente a esta visión, la mirada bio psicosocial es más barata y eficaz porque evita la cronificación y dota de herramientas al paciente para revertir la situación problemática.
- La formación debe ser fundamentalmente para hacer psicoterapia individual y grupal. La carrera de psicología forma suficientemente en psicodiagnóstico. La identificación de los problemas de salud mental en la formación

psicoterapéutica se consolida. Si se incorporan psicólogos con formación en psicoterapia individual y grupal será más eficaz la intervención.

- El acceso a Osakidetza regulado por las oposiciones se debería abrir a todos los psicólogos que documenten su formación y experiencia en psicoterapia; valorando especialmente, la formación en psicoterapia grupal más acorde con la psicología comunitaria.
- La incorporación de psicólogos con formación en grupos de psicoterapia mejoraría los niveles de atención en salud mental y mejoraría la calidad y eficacia de la misma. El grupo de terapia, una vez desarrollada la cultura grupal, se convierte en un espacio sanador, porque el grupo dirige sus energías emocionales e intelectuales a la ayuda psicológica.

3.4.7.-Investigación

- Es importante recordar que la inmensa mayoría de la investigación que se realiza en salud mental es sobre la idoneidad y utilidad de los fármacos. Esta investigación está financiada, en su práctica totalidad por la industria farmacéutica, con lo cual tiene un sesgo evidente y una visión parcial de la salud mental.
- Además, la investigación en salud mental se realiza, con mucha frecuencia, por profesionales psiquiatras cuyo puesto de trabajo es hospitalario. Los y las profesionales de los recursos comunitarios manifiestan la dificultad para poder disponer de tiempos para la investigación, dada la sobrecarga de sus agendas.

3.4.8.-Perspectiva de género

- En este ámbito queda mucho camino por recorrer tanto en la atención a pacientes, como en la investigación y en la detección de situaciones de violencia contra la mujer.
- Tomando la frase del “Análisis de la asistencia de Urgencias de Psiquiatría y Salud Mental desde una perspectiva de género: Trienio 2017-2019” (Sáenz-Herrero M. & R., 2024): *Desde el modelo tradicional de la medicina, el estudio de las enfermedades se ha centrado desde un prisma primordialmente masculino.* En este estudio se concluye que hay una diferenciación en el diagnóstico de hombres y mujeres en los servicios de urgencias. Se sobremédica a las mujeres y se infra-diagnostica a los hombres.
- Asimismo, en cuanto a la perspectiva de género en salud mental, es precisa la formación y sensibilización de los y las profesionales para que detecten e indaguen con las mujeres atendidas posibles situaciones violencia de género. En un estudio realizado por FEDEAFES (Fedeafes, 2017) que se desarrolló entre 2015 y 2016, pone sobre la mesa la realidad de las mujeres con enfermedad mental grave, que se enfrentan a un riesgo dos o cuatro veces mayor de sufrir violencia por parte de la pareja o ex pareja.
- La escasa flexibilidad de horarios en la atención, para adecuarlos a la conciliación familiar de las personas cuidadoras (en su mayoría mujeres) es otro de los problemas en los centros comunitarios de salud mental, donde solo se atiende en horarios de mañana.

3.4.9-Suicidio

- El pasado año hubo en Euskadi 141 suicidios. A pesar de la implantación en 2022 del Código Intento Suicidio Reciente (CISR) en toda la red de Osakidetza, numerosas personas reclaman que no han sido atendidas según este protocolo tras un intento de suicidio.
- Una vez dada el alta, la persona recibe en un plazo máximo de 48 horas una llamada de un profesional de Enfermería de Consejo Sanitario, para interesarse por su estado y ofrecer pautas de apoyo en caso de que las necesite. Las llamadas se repiten al menos en dos ocasiones, transcurridos 15 y 30 días. Paralelamente, Osakidetza contacta telefónicamente con la persona para ofrecerle una cita con un profesional de la Salud Mental, en un plazo no superior a tres días.

3.5.-Puntos de Atención Continuada –PAC-

- Las y los profesionales que trabajan en los PAC solucionan un gran porcentaje de solicitudes que llegan a sus manos en el primer contacto. Si la persona atendida necesitara los recursos que se encuentran solamente en hospitales, los PAC tienen la capacidad de ofrecer una primera atención al paciente, estabilizarlo y derivarlo si fuera necesario, tal y como se realiza en la Atención Primaria.
- En Álava, Bizkaia y Gipuzkoa no todos los Centros de Salud disponen de PAC, pero la población puede acceder al PAC de referencia en un corto espacio de tiempo, a pesar de que los habitantes de las zonas urbanas tienen más

facilidades para acceder a ellos. En general, para una parte significativa de la población es más fácil llegar al PAC que a un hospital.

- El PAC debe ayudar a garantizar la longitudinalidad propias de la Atención Primaria, y así lo hace a menudo.
- Fuera del horario habitual, el PAC garantiza la atención urgente del Centro de Salud y para ello tiene a su alcance todos los recursos del Centro de Salud.
- Las situaciones que detallamos a continuación provocan diferencias entre la población y además generan un mensaje desconcertante:

En Vitoria-Gasteiz, por ejemplo, ¿un dolor de muelas a las diez de la noche es una urgencia externa al hospital y a las doce y media una urgencia hospitalaria? La persona que se corta con un cuchillo preparando la cena y necesita unos tres o cuatro puntos ¿necesita urgencias hospitalarias porque el accidente se ha producido más tarde de la medianoche? Eso ha causado una gran confusión, ya que si el dolor de muelas es una urgencia hospitalaria a la una de la madrugada, ¿por qué no va a ser hospitalaria a las seis de la tarde? Son medidas que perjudican a las urgencias hospitalarias, a los propios PAC y, sobre todo, a la atención de la ciudadanía.

- Son muy resolutivos: se ofrece una atención rápida y efectiva. La mayoría de las consultas se resuelven al momento, sin necesidad de canalizar a AP o al hospital. Asimismo, se criban los casos que requieren una atención hospitalaria más especializada y se adelanta el trabajo: desde el primer

momento del problema de salud se toman las constantes vitales, se realiza el diagnóstico inicial, se alivia el dolor, se gestionan los recursos (ambulancias...), etc.

- Los PAC atienden a gran parte de la población de los colectivos que están en la periferia de la sociedad y que más sufren la brecha social. Son, muchas veces, las personas que quedan fuera de los otros servicios por diferentes motivos.
- Los PAC también cumplen una función facilitadora entre el resto de servicios de Osakidetza.
- En el caso de los PAC más grandes, se asume una gran carga de trabajo que, de lo contrario, debería ser atendida en urgencias hospitalarias.
- En el caso de PAC más pequeños, aunque el número de consultas es menor, se evitan los desplazamientos largos (muy importante para los pacientes más vulnerables) y se garantiza la atención inmediata en caso de urgencia. El número de ambulancias que tienen equipos íntegros (personal médico, de enfermería y técnico) es reducido y están dispersos; por lo tanto, es impensable cerrar los PAC periféricos: las desigualdades de los condicionantes sanitarios se incrementarían aún más entre las zonas urbanas y periféricas.
- Se ofrece atención domiciliaria las 24 horas del día. Eso es vital para los pacientes más vulnerables. Evitar acudir al hospital evita complicaciones en muchos casos: infecciones nosocomiales, la desorientación que puede

suponer salir de la propia zona de seguridad (de casa), aumento o dificultad de la carga de trabajo de las familias... Este servicio garantiza realizar la última fase de la vida y los cuidados paliativos en casa (muchos casos no se atienden mediante la hospitalización a domicilio). En cuanto a la atención médica, solamente hay personas conductoras en los PAC de Barrualde, Basauri y Durango; en el resto de los PAC ese servicio está subcontratado. En el caso del personal enfermero, es el personal enfermero localizado el que realiza esa labor: por un lado, las consultas domiciliarias que no pueden esperar al día siguiente, y por otro, las consultas programadas de fin de semana (curas, medicación, etc.).

- El futuro de los Puntos de Atención Continuada es uno de los principales temas de debate. Es un tema de debate que no se ha abordado por lo menos desde 2011. Aunque se sitúan en Atención Primaria, hay grandes diferencias de un centro a otro. Algunos centros están desvinculados de Atención Primaria y en ellos apenas hay relación; en otros, sin embargo, la relación con Atención Primaria es estrecha. Son una incógnita para el resto de ámbitos y profesionales de Osakidetza, se desconoce el trabajo que realizan. Las funciones no están bien definidas y la población no las conoce: eso produce entre el personal una sensación de ser un cajón de sastre (¿qué somos? ¿Atención Primaria? ¿Urgencias?). Falta cohesión con AP, funcionar con perspectiva de grupo. Se percibe falta de motivación entre el personal de los PAC.
- Gran parte de la población no conoce la estructura de todo el sistema sanitario y las funciones de cada servicio, y no saber para qué deberíamos acudir a cada servicio lleva a hacer un uso inapropiado. Por ejemplo, muchas

de las consultas que son de Atención Primaria (seguimiento de pacientes crónicos, solicitud de análisis de sangre, gestión de bajas laborales, curas de heridas de larga evolución...) se atienden en los PAC, debido a que no es necesario solicitar una cita (o en muchos casos porque es difícil lograr una cita con el personal médico/enfermería de Atención Primaria). Se debería dar más a conocer la importancia del trabajo de los equipos de Atención Primaria para diferenciar que le corresponde a cada servicio. Ocurre algo parecido en el caso de las urgencias hospitalarias; muchos de los motivos de consulta que pueden ser atendidos en los PAC terminan en urgencias por creer que serán mejor atendidos. Asimismo, hay que dar a conocer mejor las funciones de los PAC y los beneficios de acudir a ellos (rapidez y comodidad, no realizar pruebas innecesarias, etc.). En resumen, hay que explicar a la población cómo funciona el sistema sanitario y poner el foco en las personas que han venido recientemente a vivir aquí.

- La decadencia de los Puntos de Atención Continuada lo han provocado las diferentes medidas que han ido entrando en vigor durante años. No es cosa del último año. Los repartos de funciones entre los y las profesionales no han sido coherentes con su formación. Por ejemplo: el personal celador realiza triajes, cuando debería hacerlo el personal de enfermería; el personal enfermería realiza labores del personal médico... Ahora se dice que es por la falta del personal médico; pero antes no se contrataba al personal de enfermería. ¿Había falta de personal de enfermería?
- Además de eso, cada vez más PAC trabajan sin personal médico.
- En el último año y medio Osakidetza ha creado en su plantilla plazas sin

ningún tipo de estabilidad (es decir, trabajar hoy en el PAC de Durango, pasado mañana en Amorebieta y la próxima semana en Ondarroa: plazas estatutarias, fijas; no contratos temporales).

- Los profesionales declaran que trabajar en los PAC no es cómodo –menos aún en PACs que se encuentren muy alejados de un hospital, como Ondarroa, Lekeitio o Amurrio–.
- La falta de formación también es evidente en los PAC, al igual que en el resto de servicios de Osakidetza. Asimismo, la formación no debe estar vinculada solo a cuestiones sanitarias. Sino que debería ser una formación más integral, también para entender mejor a los colectivos de las diferentes culturas que existen en la sociedad.
- Durante años hemos visto restricciones horarias y cierres en los Puntos de Atención Continuada. En noviembre de 2022, el Departamento de Salud remitió al Parlamento los horarios establecidos en los PAC, al hilo de la iniciativa del expediente nº 12\10\07\02\0244-5508. Y de nuevo en febrero de 2024, como consecuencia de la iniciativa del expediente nº 12/10/07/02/03688-196. A continuación, se adjuntan ambas tablas:

Tabla de 2022:

HORARIOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) DE OSAKIDETZA					
OS	PAC	UBICACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	HORARIOS	
		(Localidad)	abierto/cerrado	Laborables	F. festivo/ Indic. festivos
Gorleri-Urola Garaia	PAC Azpetia	AZPETIA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Beasain	BEASAIN	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Zumarraga	ZUMARRAGA	Abierto	Si actividad asistencial	9:00 - 21:00
Debagolena	PAC Bergara	BERGARA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Tolosalde	PAC Andoain	ANDOAIN	Cerrado		
	PAC Tolosa	TOLOSA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Debarrena	PAC Eibar	EIBAR	Cerrado		
	PAC H Eibar	EIBAR	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Elgoibar	ELGOIBAR	Cerrado		
	PAC Ermoa	ERMUA	Cerrado		
Bidassoa	PAC Irun - Centro	IRUN	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Donostia	DONOSTIA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Donostialdea	PAC Gros	DONOSTIA	Abierto	Si actividad asistencial	9:00 - 21:00
	PAC Amara Berri	DONOSTIA	Abierto	Si actividad asistencial	9:00 - 21:00
	PAC Errenteria-Izteta	RENTERIA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Hernani	HERNANI	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Zaratuz	ZARAUZ	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Lasarte-Oria	LASARTE	Cerrado		
	PAC Altza	DONOSTIA	Cerrado		
	PAC Oñdaretza	DONOSTIA	Cerrado		
	PAC Zumaiá	ZUMAIÁ	Cerrado		
Rioja Alavesa	PAC Labastida	LABASTIDA	Abierto	15:00 - 08:00 a.m. con guardia localizada	10:30- 13:30 centro abierto. Resto guardias rurales a través del centro coordinador
	PAC Laguardia	LAGUARDIA	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	Sábado: 12:00-14:30, Domingo de 8:30-11:00, centro abierto. Resto guardias rurales a través del centro coordinador
	PAC Oyón	OYÓN	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	Sábado: 8:30-11:00, Domingo de 12:00-14:30, centro abierto. Resto guardias rurales a través del centro coordinador
Araba	PAC Olaguibel	VITORIA-GASTEIZ	Abierto	17:00 - 24:00	9:00 - 24:00
	PAC Salvatierra	SALVATIERRA	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
	PAC Espejo	ESPEJO	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
	PAC Campezo	CAMPEZO	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
	PAC Iruña de Oca	IRUÑA DE OCA	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
	PAC Legutiano	LEGUTIANO	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
	PAC Zuia-Murgia	ZUIA	Abierto	15:00 - 08:00 con guardia localizada	24 horas con guardia localizada
Urbe	PAC Algorta	ALGORTA	Cerrado		
	PAC Las Arenas	LAS ARENAS	Abierto	17/20 - 8:00	24h
	PAC Mungia	MUNGIA	Abierto	15/20 - 8:00	24h
	PAC Gorliz	GORLIZ	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00
Barakaldo-Sestao	PAC Markonzaga - Sestao	SESTAO	Abierto	17:00 a 08 (viernes de 17 a 09:00)	24 h
	PAC H San Eloy - Barakaldo	BARAKALDO	Abierto	Si actividad asistencial	09:00 - 21:00
Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	PAC Ortuella	ORTUELLA	Abierto	Si actividad asistencial	09:00 - 21:00
	PAC Balmaseda	BALMASEDA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Carranza	KARRANTZA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Zalla	ZALLA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Barrualde-Galdakao	PAC H San Juan de Dios	SANTURTZI	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Amorebieta	AMOREBIETA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Durango-Landako	DURANGO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Ondarroa	ONDARROA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Lekitio	LEKEITIO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Bermeo	BERMEO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Basauri-Ariz	BASAURI	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Llodio	LLODIO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Bilbao-Basurto	PAC Amurrio	AMURRIO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Begoña	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00
	PAC Dr Arellza - Indautxu	BILBAO	Abierto	Si actividad asistencial	09:00 - 24:00
	PAC Rekalde	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00
PAC Deusto	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00	

- Asimismo, si antes se hacían reducciones horarias y cierres de centros, en el último año se comenzó a funcionar sin personal médico, estableciendo un protocolo de actuación al personal de enfermería, sin ninguna protección

jurídica. Donde solo hay una enfermera, ponen otra enfermera para que se sienta más protegida u ofrecen la oportunidad de realizar consultas telefónicas con el personal médico de otro PAC, con todo lo que ello supone para el funcionamiento del otro PAC y para el personal profesional sanitario. También hemos visto decir a la ciudadanía que venga a partir de las 22:00, que es cuando estará el médico. De todo ello se deduce que se ha tenido la intención de promover un cambio de función y naturaleza de los PAC. Se ha observado que, con el cambio de protocolo y funcionamiento se han convertido en servicios de derivación, y se ha fomentado un uso inadecuado de los recursos públicos y se ha perdido eficacia.

- El protocolo de actuación en casos de ausencia de personal médico en los PAC en la práctica no se utiliza unificadamente, y la forma de actuar varía mucho en función de los y las profesionales que están trabajando en ese momento. Por falta de acuerdo sobre el protocolo, muchos médicos solicitan derivar al paciente a otro PAC o al hospital (en los casos en los que el protocolo establece que la prescripción de la medicación debería hacerse por teléfono, sólo con la atención presencial de la enfermera); por lo tanto, la forma de ejercer del personal de enfermería varía mucho cada día dependiendo del médico que esté en el centro de coordinación o en el PAC «espejo». El personal de enfermería tiene que adaptarse a la situación. Esa situación, lejos de fomentar el «empoderamiento» del personal de enfermería, aumenta la inseguridad y el estrés laboral. También desde el punto de vista del paciente, la atención que recibirán será diferente según el día (ver solo al personal de enfermería, recibir atención del personal médico por teléfono, tener que desplazarse al hospital o a otro PAC... dependiendo del equipo que esté trabajando, se toman decisiones diferentes cada día).

Tabla de 2024:

TERRITORIO	OSI	PAC	HORARIOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) y PUNTOS DE REFUERZO DE OSAKIDETZA		
			UBICACIÓN (Localidad)	HORARIOS A FECHA ACTUAL Laborables	F.sem/ festivo
ARABA	OSI ARABA	PAC Olaguibel	VITORIA-GASTEIZ	17 h - 24 h	9 h - 24 h
		PAC Begofia	BILBAO	17 - 24h	9 - 24h
BIZKAIA	OSI BILBAO-BASURTO	Punto de Refuerzo Dr Areilza - Indautxu	BILBAO	sin actividad asistencial	9 - 24h
		PAC Rekalde	BILBAO	17 - 24h	9 - 24h
		PAC Deusto	BILBAO	17 - 24h	9 - 24h
		PAC Amorebieta	AMOREBIETA	17 - 8 h	24h
	OSI BARRUALDE-GALDAKAO	PAC Durango-Landako	DURANGO	17 - 8 h	24h
		PAC Ondarroa	ONDARROA	17 - 8 h	24h
		PAC Lekeitio	LEKEITIO	17 - 8 h	24h
		PAC Bermeo	BERMEO	17 - 8 h	24h
		PAC Basauri-Ariz	BASAURI	17 - 8 h	24h
		PAC Llodio	LLODIO	17 - 8 h	24h
	OSI BARAKALDO-SESTAO	PAC Amurrio	AMURRIO	17 - 8 h	24h
		PAC Markonzaga - Sestao	SESTAO	17 a 8 h	24 h
	OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	Punto de Refuerzo H San Eloy - Barakaldo	BARAKALDO	sin actividad asistencial	9 - 16 h (De 16h en adelante, se atiende en el PAC Markonzaga-
		Punto de Refuerzo Ortuella	ORTUELLA	sin actividad asistencial	9 - 21 h
		PAC Balmaseda	BALMASEDA	17 - 8 h	24h
		PAC Karrantza	KARRANTZA	17 - 8 h	24h
		PAC Zalla	ZALLA	17 - 8 h	24h
		PAC H San Juan de Dios	SANTURTZI	17 - 8 h	24h
OSI URIBE	PAC Las Arenas	LAS ARENAS	20 - 8 h	24h	
	PAC Mungia	MUNGIA	20 - 8 h	24h	
	PAC Gorliz	GORLIZ	15 - 24h	9 - 24h	
GIPUZKOA	OSI BIDASOA	PAC Irún - Centro	IRUN	17 - 8 h	24h
	OSI DEBAGOIENA	PAC Bergara	BERGARA	17 - 8 h	24h
	OSI DEBABARRENA	PAC H Eibar	EIBAR	17 - 8 h	24h
	OSI GOIERRI-UROLA-GARAIA	PAC Azpeitia	AZPEITIA	17 - 8 h	24h
		PAC Beasain	BEASAIN	17 - 8 h	24h
	OSI DONOSTIALDEA	Punto de Refuerzo Zumarraga	ZUMARRAGA	sin actividad asistencial	9 - 21 h
		PAC Donostia	DONOSTIA	17 - 8h	24h
		Punto de Refuerzo Gros	DONOSTIA	sin actividad asistencial	9 - 21 h
		Punto de Refuerzo Amara Berri	DONOSTIA	sin actividad asistencial	9 - 21 h
		PAC Errenteria-Izbita	RENTERIA	17 - 8h	24h
		PAC Hernani	HERNANI	17 - 8h	24h
	OSI TOLOSALDEA	PAC Zarautz	ZARAUTZ	17 - 8h	24h
		PAC Tolosa	TOLOSA	17 - 8 h	24h

- Cuando se cierran los de Atención Primaria, los PAC están para garantizar una atención que no puede esperar. Para responder a una situación que no es tan grave como para acudir a urgencias del hospital. Se prevé que tienen que ser centros de salud cercanos que garanticen al paciente la continuidad y el conocimiento, para trabajar de la mano con Atención Primaria. Sin embargo, ahora, con las unidades sin referencia y sin cupo que se están creando se está desmoronando todo. En el concurso de traslados que se publicó –la resolución 398/2023, de 23 de abril– salieron y empezaron a oficializarse las contrataciones de ese modelo.

- Ante esa situación, desde los PAC se están orientando las agendas también a atención primaria, añadiendo las consultas a demanda en las consultas de Atención Primaria que están abiertas hasta las 20:00. Por lo tanto, salen perjudicadas las consultas de Atención Primaria que estaban agendadas y programadas.
- Durante años, muchísimos puestos de trabajo han sido considerados como refuerzo, cuando eran estructurales, y se ha funcionado basándose en horas extraordinarias. Se ha abusado de la autoconcertación, y además han sido mal pagados, en comparación con el resto de ámbitos de Osakidetza. Debido a ello, no han aflorado los puestos necesarios, no se han planificado y poco a poco la estructura se ha ido debilitando. En lugar de centrarse en medidas estructurales, en lugar de hacer una política estructural de planificación, gestión y personal, se ha funcionado improvisadamente. De esa manera, han tenido al personal pendientes del teléfono.
- Las atenciones domiciliarias que tiene que realizar el personal de enfermería son abundantes: desde Durango, Lea Artibai y Gernikaldea. Personal de enfermería localizado, en vez de presencial. Si el personal médico tiene chófer, cuando falte ese personal médico el chófer no tiene trabajo y el personal de enfermería tiene que coger un taxi.
- Las medidas que han tomado Osakidetza y el Departamento de Salud han depositado continuamente la responsabilidad en el personal sanitario. Todo a sus espaldas. Las instrucciones, las pautas les han llegado sin firmar.
- Tal y como ha ocurrido este verano, trabajar sin personal médico ha tenido consecuencias tanto en los y las pacientes (no recibir una atención integral

de calidad, tener que desplazarse a otros PAC o al hospital, no recibir atención domiciliaria y tener que desplazarse al hospital...) como en el personal. El personal celador y enfermero que ha estado trabajando sin personal médico ha tenido una sensación de desprotección e incertidumbre: aplicar el protocolo de manera distinta según el lugar/día, estar haciendo una labor de contención («venga usted mañana», «acudid al PAC del pueblo de al lado o al hospital...») Los PAC que no tienen equipos íntegros no tienen sentido: no hay atención médica, pero también se empobrece la atención del personal de enfermería: no tienen posibilidades de desarrollar sus funciones de forma adecuada y se les presiona para que realicen funciones que no les corresponden. Esa situación ha ocasionado choques entre profesionales. La desconfianza para con otros estamentos (privándose mutuamente de trabajo o funciones, intrusismo) y la discusión sobre la cantidad de las horas extras han enturbiado el ambiente laboral. El problema es estructural y no se compensa subiendo el precio de las horas extras del personal médico: aumenta la brecha salarial, la plantilla no está dotada adecuadamente, etc.

3.6.- Emergencias ESI

3.6.1.-Introducción

- Emergentziak-Osakidetza es un servicio esencial dentro del Servicio Vasco de Salud, el primer eslabón para la atención sanitaria emergente y urgente de las y los pacientes y para salvar sus vidas. Se trabaja ininterrumpidamente los 365 días del año las 24 horas del día, por ello también se atienden todos los pacientes cuando los servicios de Atención Primaria u Hospitalización a Domicilio están fuera de servicio (a partir de las 20.00, festivos, fines de

semana). Todas las consultas telefónicas del teléfono de Osarean también son atendidas por el personal de Emergentziak. Además de tener relación con otras agencias como pueden ser Ertzaintza o Bomberos.

- En el ámbito de la Emergencia Extrahospitalaria (APU) estamos conociendo el continuo crecimiento del conocimiento científico, la sofisticación de la tecnología, el aumento de la capacidad terapéutica, el envejecimiento de la población y el aumento de los cuidados que necesitan los pacientes. Esto implica la complejidad de la asistencia y, en consecuencia, la necesidad de una gestión profesional.
- A la hora de realizar el reparto de recursos no se han utilizado todos los datos disponibles. Con BCAM se inició un estudio para su correcta distribución pero no se terminó. A pesar de que gestionamos un helicóptero, no se ha realizado una distribución adecuada de los heli-superficies. Así, el hospital de Donostia-San Sebastián carece de heli-superficie.
- Es un servicio que atiende al día en torno a 1200 actuaciones en las tres provincias. Por ello queremos transmitir la importancia de tener un servicio potente con un plan estratégico definido y con miras a crecer y a trabajar para que los pacientes tengan una respuesta rápida y de calidad por nuestra parte.
- Y, sin embargo, es un servicio desconocido y olvidado. Aunque en la crisis del COVID-19 tanto la administración, los centros, el consejo y los equipos trabajaron mucho, no han existido. En los documentos de Osakidetza “informe seguimiento COVID-19 (09/04/2020), “plan para la recuperación de

la actividad asistencial”, Bizi-Berri o en los documentos de desescalada presentados por el Gobierno en Madrid no aparecía el servicio para nada.

3.6.2.-Plan Estratégico

Llevamos años sin un plan estratégico y sin ningún proyecto a medio-largo plazo por lo que no se ha definido ningún objetivo para el futuro. Mientras que ha aumentado la demanda y la carga asistencial, Emergentziak-Osakidetza ha seguido anclada en la línea de hace una década y por ello actualmente la respuesta que se da a situaciones emergentes es insuficiente.

Es preciso saber qué quiere Osakidetza que sea Emergentziak, qué objetivos tiene y con ello realizar un plan estratégico real, realizando un correcto redimensionamiento de los recursos y planes de trabajo. Emergencias AI no contar con un plan estratégico alineado con los planes estratégicos del Departamento de Salud y de Osakidetza, hace tiempo que se tambalea.

- Complejidad del servicio: Dispersión geográfica, (estamos en las 3 provincias), las diferentes maneras de trabajar (diferentes recursos, protocolos), la coordinación de diferentes ambulancias, la relación con las diferentes agencias, todo ello hace que Emergentziak sea un servicio difícil de gestionar por su complejidad.

- Centro Coordinador (3 en total, 1 por provincia):
 - No existen protocolos actualizados ni algoritmos validados, no existen funciones específicas para cada categoría, desde hace meses cuando no hay médico en los centros coordinadores se cubre el turno con enfermería sin ningún respaldo jurídico, ni protocolos validados.
 - Elaboración de protocolos operativos: No hay procedimientos que definan de manera clara y concisa que recurso enviar según el tipo de emergencia. La activación ante una emergencia de un recurso SVA, SVAe, SVB o ambulancia colectiva está sujeta al criterio subjetivo del coordinador/operador, adoptando, en ocasiones, decisiones de utilización de los recursos en base a la presión asistencial por desamparo de en qué sustentar o argumentar la decisión. En consecuencia, desamparo procedimental y jurídico y, como consecuencia, la utilización no adecuada de los recursos (traslado al hospital de pacientes con maletas), lo que redundaría en la eficiencia asistencial. Hoy es el día en el que hay “controversia” de cómo usar los SVAe de “zona”
 - Estructuras: en el centro coordinador de Gipuzkoa estamos en una situación deplorable, sin casi ventanas, sin vestuarios ni duchas, con cables por el suelo, sin climatización adecuada.
 - Tenemos una instrucción que podemos descansar 15 minutos en turnos de 12 horas, pero en ocasiones cuando solo hay un sanitario es casi imposible hacer descansos. No hay dietas, aunque se trabaje 12 horas igual que en la ambulancia.

- Consejo sanitario: Se debería saber qué funciones debe realizar el consejo sanitario, y hacia donde debe de crecer. No está definida la interacción con el centro coordinador, es preciso actualizar los protocolos.
- Equipos SVA: Algunos recursos y otras categorías de recursos son propiedad de la empresa privada. La dispersión geográfica y la idiosincrasia hacen que en cada dotación se trabaje diferente. Para dar una buena asistencia y evitar la variabilidad no justificada es preciso revisión de las actuaciones, realizar protocolos conjuntos y reuniones regulares de base.
- SVB: todos los recursos son de la empresa privada. Son una parte fundamental de la asistencia emergente en la CAV ya que son los que más actuaciones realizan y los más rápidos en llegar a los pacientes. Desde hace años no se están gestionando correctamente y eso repercute en la calidad asistencial. Es preciso realizar formación continuada conjunta. La coordinación de ambulancias programadas es un tema que necesita ser estudiado en profundidad, aspecto este que condiciona y limita la gestión del centro de coordinación y tiene un impacto directo en el día a día de las ambulancias de soporte vital básico y de los profesionales del centro de coordinación, por falta de una gestión integrada e integral. El apartado a abordar sería su utilización y gestión en servicios de no emergencia (urgentes). Complementariedad de recursos operativos.
- Médicos/DUE a domicilio fuera de horario de Atención Primaria: En Gipuzkoa es una empresa subcontratada la que da este

servicio, empresa que ha recibido múltiples quejas por su atención (pocos recursos y muchos pacientes que atender con mucha tardanza, en muchas ocasiones no acuden presencial etc.). Aunque el departamento de Salud tiene todas estas quejas, no ha tomado ninguna medida efectiva. Es preciso unificar protocolos y realizar sesiones conjuntas con los profesionales de este servicio.

- Parque móvil/Almacén: Localizado en Bilbo, necesidad de modernizarlo, informatizarlo para poder agilizar y facilitar sus funciones.

- Múltiples interacciones con otros servicios
 - Atención Primaria, Hospitalización a domicilio, Atención continuada de pacientes oncológicos (Agudos, crónicos, terminales...) Si queremos garantizar la atención continuada hay que establecer protocolos, interacciones, derivaciones.
 - Urgencias/especialidades: Revisar comunicación y protocolos con servicios hospitalarios y Urgencias (código ICTUS, código Trauma, código Infarto...). Revisar actuaciones, cómo hacer las transferencias para movilizar a los pacientes, los protocolos para traslados interhospitalarios...
 - Atención especializada y ultraespecializada___(ECMO, neonatología, trasplantes, infecciones emergentes...) Informar y revisar actuaciones. Importancia de la necesidad de recursos específicos, con personal formado voluntario y localizado para dichas actuaciones.

- Dirección de Atención a Emergencias, Policías/Bomberos: Importancia de mantener la comunicación con otras agencias, además de realizar la revisión de casos y formación continuada conjunta.
- Eventos externos y masivos (festivos, deportivos...): Desarrollarnos y formarnos como organización tomando parte activa en su diseño y su desarrollo.
- Incidentes de múltiples víctimas: La importancia de realizar formación continua que incluya la interacción con el resto de los intervinientes, ya que son eventos muy complicados para coordinar.
- Transfronterizo: Revisar los protocolos con otras provincias, y países y dotar de más recurso si es necesario.

No existe una relación estable con estos grupos de interés. Por lo tanto, sus necesidades no entran en los procesos ni se gestionan.

La historia clínica no siempre tiene entrada en Osabide y cuando entra tiene bastante margen de mejora. El registro de paradas tan importante para la atención hospitalaria no se eleva al Osabide.

Últimamente no se ha pasado ninguna encuesta al usuario y su opinión no ha sido tomada en cuenta a la hora de organizar la asistencia.

- Dotar de instalaciones propias y gestionadas por el servicio: Actualmente casi no hay instalaciones propias en Emergentziak-

Osakidetza, por ello no podemos realizar cambios o mejoras en las instalaciones.

3.6.3.-Gestión de personal

- Se ha perdido totalmente el sentimiento de orgullo de pertenencia a Emergencias Osakidetza y de Osakidetza.
- Desde hace años el maltrato sistemático a los trabajadores sobre todo a los sustitutos ha sido generalizado. Se lleva años sin cumplir el artículo 35 del Acuerdo Regulador de Osakidetza donde es necesario que los trabajadores tengan carteleras bimestrales. Se han dado carteleras a día 25-26 para el siguiente mes, y así sucesivamente durante años, situación insostenible por lo que muchos de los trabajadores han optado por irse del servicio ante la incertidumbre y la dificultad para conciliación familiar.
- Cuando se inauguró la base de Nanclares a los trabajadores se les ofreció una cartelera anual incompleta con déficit horario y sin vacaciones (cuando en otras bases la cartelera es completa), situación que ha derivado con unos trabajadores cansados y descontentos, con una nula actitud negociadora por parte del Equipo de Gestión. Ante estos hechos, hoy por hoy nos encontramos con una “fuga” importante de profesionales, que se han ido a otros servicios.
- En los últimos años no se ha realizado una gestión adecuada del plan de euskera.

- No existe un protocolo actualizado de acogida de nuevos profesionales. Dado que numerosos profesionales del servicio se están acercando a la edad de jubilación, es necesario un relevo planificado que analice las necesidades de los próximos años y asegure la transmisión del conocimiento.

3.6.4.- Gestión de equipos

Definir funciones, responsabilidades, dotar de poder a los cargos intermedios y garantizar el contacto con el personal de todos los estamentos y todos los territorios

Responsabilidades actuales:

- Gerencia
- Dirección económica
- 3 Territoriales
- Jefatura de Personal
- Responsable asistencial
- Adjunta enfermería
- Responsable de formación
- Responsable SVB y dispositivos
- Responsable del Consejo Sanitario

Las funciones de cada uno no están bien definidas y se está trabajando improvisando, sin estrategia y sin planificación. Una vez definido el Plan Estratégico, los objetivos y las acciones, se debería redefinir la composición del equipo directivo.

Osakidetza apuesta en el 5.2 de su estrategia por el modelo de Gestión Avanzada de Euskalit. No hay rastro de ello en Emergencias.

En una época se definieron los procesos y se puso en marcha la gestión de los mismos. En la actualidad la gestión de los procesos se encuentra totalmente abandonada.

No se han trabajado objetivos recogidos en el punto 1.5 de la estrategia de Osakidetza y en la estrategia de seguridad. No se ha gestionado la comunicación a través de SNASP. El grupo no se ha reunido. Por lo tanto, no hay recomendaciones y no hay implementación de las mismas.

- Comunicación con el personal: Durante los últimos años el Equipo de Gestión se ha caracterizado por la nula comunicación con el personal. La importancia de realizar reuniones periódicas en cada base con el responsable territorial, o realizar reuniones con el Equipo de Gestión para definir objetivos anuales además de publicar los datos anuales del servicio deberían ser claves para el desarrollo correcto del servicio. . La brecha entre el equipo que debería gestionar y los asistenciales es cada vez más profunda.
- UGS: Importancia de la recogida de datos, realizar memoria anual, desarrollar investigación (como se está realizando UPV).

En este momento no hay datos. Los datos de actividad tampoco son correctos. No existen indicadores que puedan ayudar en la gestión. Los datos estratégicos (estructurales, de medición de procesos y resultados) no se recogen correctamente. La satisfacción, quejas, felicitaciones o sugerencias de los pacientes no se gestionan. No se gestionan datos de riesgos profesionales, agresiones o ambiente laboral.

3.6.5.-Formación

- Cualificación profesional: Para trabajar en el centro coordinador de Osakidetza Emergencias solo hay que estar inscrito en las listas de Osakidetza Emergencias, sin ninguna formación específica previa. Posteriormente se realiza una formación relacionada con el sistema informático (Actualmente Euskarri) que se utiliza.

Para trabajar de tele-operador en el centro coordinador se contrata a personal con cualificación profesional de técnico administrativo, si bien es cierto, que algunos conocen las funciones y tareas asignadas al puesto de tele-operador por disponer de los conocimientos de TES (técnico de Emergencias Sanitarias) y como tal, haber cursado como asignatura esta materia. Así mismo, las guías internacionales recomiendan que las y los tele-operadores sean capaces de detectar y orientar telefónicamente una PCR – RCP, en la actualidad no están preparados. No obstante, el tele-operador puede realizar una “respuesta rápida” (enviar un SVB) ante una situación que requiera enviar un recurso sanitario y estén ocupados el personal médico y enfermería.

- Formación reglada: Definir las funciones por cada categoría y sus necesidades formativas, algunas cíclicas como pueden ser planes de formación anuales, internos y externos.
- Formación del personal: Los profesionales de los servicios de coordinación (tele-operadores) no tienen la perspectiva de los servicios

desde la visión de la calle. Se hace necesario conocer y experimentar los servicios en su propio entorno, para entender la coordinación desde otro punto de vista. Dar a conocer los procedimientos de trabajo que han de ser claros (algunos de los cuales deben crearse) y fomentar la participación del personal en su actualización. Consolidar el conocimiento de las herramientas de trabajo para la gestión (Zutiko, Zutabe y Euskarri), entre otras, son las cosas que se deben abordar.

- Sesiones clínicas: Revisión de protocolos y de actuaciones tanto en los recursos como en los CC.
- Formación y requisitos a las nuevas incorporaciones.

En una época, como respuesta a la responsabilidad social y en colaboración con diferentes agentes, se han impartido cursos de reanimación cardiopulmonar a centros educativos, ciudadanía y empresas. Hoy en día, no se responder a la responsabilidad social porque cualquier actividad está totalmente abandonada.

3.6.6.-Innovación

- Toda actividad que en su día emprendió con BEXEN, Virtualware o BIO está suspendida.
- Especialidad de urgencias y emergencias: Realizar un plan formativo para poder tener residentes en formación.

- Para que Emergentziak-Osakidetza desarrolle su trabajo correctamente y así poder garantizar la asistencia sanitaria de calidad a los pacientes es necesario un Equipo de Gestión con un plan estratégico definido y con objetivos claros a corto-medio plazo.

3.6.7.- Área de prevención de Emergencias

- La celebración de eventos multitudinarios de carácter cultural, deportivo u otras de índole social puede llegar a entorpecer el normal desarrollo de la actividad social. Dependiendo de las características del evento, las consecuencias en el ámbito de la atención sanitaria pueden suponer la imposibilidad de atender la demanda asistencial (colapso de los servicios públicos), dificultades de accesibilidad ante emergencias ordinarios (zonas aisladas por pruebas ciclistas, cortes por concentraciones, etc.) o de retrasos considerables en los tiempos de intervención que pueden traer consigo lamentables consecuencias para la salud.
- A nivel estatal y de la comunidad autónoma se establecen criterios y requisitos para la planificación preventiva de este tipo de eventos. En ese sentido, el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia y la Norma Vasca de Autoprotección (Decreto 277/2010, de 2 de noviembre, modificado por el Decreto 21/2019 , con la complementariedad del DECRETO 17/2019, de 5 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley de espectáculos públicos y actividades recreativas, regulan este tipo de actividades.

- Los planes de autoprotección y prevención que se derivan de estas normas requieren de una supervisión en lo que se refiere a la eficacia asistencial sanitaria del propio evento y de las consecuencias para la red asistencial pública. Intervenir en la planificación previa con las organizaciones, entidades y/o instituciones implicadas (asesoramiento), la supervisión de las medidas planificadas (verificación) y garantizar la adecuada operatividad (coordinación) son entre otros, los elementos clave para garantizar una planificación eficiente que elimine los riesgos asociados a la actividad y minimice el impacto a la sociedad y los servicios públicos asistenciales.
- Dependiendo del nivel de apoyo asistencial requerido, según los criterios del análisis de riesgos, la relevancia social, cultural, la repercusión en la actividad ordinaria y aspectos relativos a la seguridad pública, Osakidetza Emergentziak categoriza en cinco los niveles de colaboración e implicación.

Los recursos destinados y tareas desempeñadas según la clasificación y territorios son:

Clasificación	Recursos	Servicios/ territorios
<p>Categoría 1</p> <p>Riesgo: Muy alto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Integración en PMA (Puesto Mando Avanzado) Gestión de recursos propios de SVA ● Gestión y vinculación en EUSKARRI equipos TETRA ● Información a OSIs y RTSU ● Integración CCM 	<p>Araba</p> <ul style="list-style-type: none"> o Araba euskaraz o Triathlon Ironman Gasteiz o Bajada Celedon o Alderdi eguna <ul style="list-style-type: none"> ● Bizkaia o Bilbao Bilbao o Ibilaldia o Antzar eguna Lekeitio <ul style="list-style-type: none"> ● Gipuzkoa

Clasificación	Recursos	Servicios/ territorios
		<ul style="list-style-type: none"> o Euskal eskola publikoaren jaia o Kilometroak <p>nº de servicios aprox.: 12 serv./año</p>
<p>Categoría 2</p> <p>Riesgo: Alto</p>	<p>Integración en PMA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión y vinculación en EUSKARRI equipos TETRA • Información a OSIs y RTSU • Integración CCM 	<p>Gipuzkoa</p> <ul style="list-style-type: none"> o Donosti Klasika ciclista o Maraton Donostia o Behobia SS o Itzulia 2021 o Regatas la Kontxa <ul style="list-style-type: none"> • Araba o Ironman Gasteiz <p>nº de servicios aprox.: 9 serv./año</p>
<p>Categoría 3</p> <p>Riesgo: Medio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos propios de SVA • Información a OSIs y RTSU • Integración CCM 	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas casa real • Actos en Lehendakaritza • Eventos Arkaute <p>nº de servicios aprox.: 10 serv./año</p>
<p>Categoría 4</p> <p>Riesgo: Intermedio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión y vinculación en EUSKARRI equipos TETRA • Información a OSIs y RTSU • Integración CCM 	<p>Anoeta Real Socuedad unos 25 partidos año</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipurua Eibar S.D, unos 25 partidos año • San mames Ath club unos 25 partidos año • BILBAO basket Miribilla unos 20 partidos año <p>nº de servicios aprox.: 95 serv./año</p>
<p>Categoría 5</p> <p>Riesgo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información a OSIs y RTSU • Integración CCM 	<p>Eventos culturales y deportivos de toda indole, comunicadas por empresas prestatarias y ONG, comunicadas</p>

Clasificación	Recursos	Servicios/ territorios
Bajo/ intermedio		<p>semanalmente la actividad prevista y método de contacto para integración de recursos en el sistema</p> <p>nº de servicios aprox.: 5806 notificaciones de DRP año 2023 (Dispositivos de Riesgo Previsible)</p>

De los datos recogidos de los servicios prestados en el año 2023 se puede deducir que:

- Los eventos de riesgo medio / alto que requieren de una dedicación y médicos suponen aproximadamente 31 eventos/año lo que equivale a 2,5 eventos mes. Si consideramos este dato en el periodo comprendido entre enero y septiembre, estamos hablando de mayo a septiembre el dato medio es de 6,2 eventos mes.
- Si añadimos el dato de servicios a atender con los catalogados en las categorías 3 y 4 estaríamos hablando de 8,75 servicios mes. Lo que supondría, el total de 11,25 servicios de media cada mes a atender y gestionar.
- Los servicios clasificados en la categoría 5 con una cantidad desorbitada de 5806 servicios/año lo que equivale a 483 servicios/mes, que no requieren de una planificación previa pero han de ser tratadas administrativamente para su conocimiento e integración de recursos en los centros coordinadores de cada territorio, suponen una carga considerable de trabajo.

- En la actualidad, los servicios de categoría 1 a categoría 4 suponen un total de 126 servicios al año, lo que supone una media de 10,5 servicios al mes, sin tener en cuenta los datos acumulados de muchos servicios en los periodos de mayo a septiembre. El número medio de servicios al mes es gestionado por un único técnico con dedicación a tiempo parcial en esta área.
- Es evidente que la dotación de este servicio de Emergencias Osakidetza carece de infraestructuras adecuadas para atender la demanda requerida. Dada su importancia, esta cuestión requiere de una reflexión y análisis necesarios para poder dotar la atención con los recursos necesarios para dar una respuesta eficaz a la demanda.

3.7.-Hospitales

- Durante años se ha fomentado el enfrentamiento entre los hospitales terciarios, y hay que darle la vuelta a eso. Cada hospital quiere tener toda la cartera de servicios, y eso es imposible. Todos ellos sí que deben contar con una cartera de servicios básica, pero no podremos contar siempre con ámbitos de trabajo que requieren una especialización particular y alta. Y se precisa también una reflexión y estrategia conjunta sobre los ámbitos de trabajo de altas especializaciones, es algo que no puede depender de los criterios subjetivos de las personas profesionales.
- Durante los últimos años los hospitales comarcales se han vaciado, aunque se hayan renovado sus infraestructuras. Se ha activado una línea de actuación que ha ido centralizando en hospitales mayores diversas especialidades que históricamente se han ubicado en las comarcas:

anatomía patológica, microbiología, dermatología, urología, etc. En los hospitales comarcales es fundamental contar con una cartera de servicios básica y de calidad, a fin de no cargar hospitales de otros niveles.

- La OSI de Tolosaldea ha contado con un hospital privado para su actividad, y continua siéndolo, y eso ha evidenciado las perjudiciales consecuencias que todo ello ha tenido en la atención sanitaria de la ciudadanía.
- Durante los últimos años, se han promocionado los centros de Alta Resolución. Pero no está claro qué son exactamente. Y qué se busca con su construcción. Parece ser que se prevé la construcción de un hospital/centro de Alta Resolución para Tolosa, y también para Durangaldea. Pero ¿con qué cartera de servicios? Hemos visto qué ha ocurrido con el hospital de Gernika... al principio era un hospital, más tarde un centro de Alta Resolución... Vemos que se quiere confundir a la ciudadanía con diferentes términos y publicidades, pero que en la práctica no se realiza una planificación adecuada vinculada a las necesidades de salud de la población.

3.8.-Servicio de Atención a Pacientes y Usuarios/as –SAPU-

- En 2023, el número de quejas presentadas por la ciudadanía fue mayor que nunca. Entre enero y septiembre de 2023 Osakidetza recibió un total de 36.060 quejas (7.709 quejas y 28.351 reclamaciones), un 10,3 % más que en el mismo periodo de 2022. No disponemos de los datos desde septiembre de 2023 hasta hoy. Además, en una entrevista ofrecida en los medios de comunicación, el Ararteko ha señalado que están recibiendo más quejas que nunca sobre Osakidetza.

- En la tabla que sigue se pueden ver las cantidades que ha tenido que abonar Osakidetza por daños a apacientes en los juicios que ha tenido. Son datos obtenidos a solicitud de EH Bildu y presentados por el Departamento de Salud a consecuencia de la iniciativa con número de expediente 12\10\07\02\03484-5929.

INDEMNIZACIONES DE ASEGURADORAS POR INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO PARA LOS PACIENTES

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
RECLAMADO	24.890.924,28 €	13.953.298,95 €	18.791.248,18 €	21.299.881,20 €	18.808.416,01 €	14.222.491,63 €	14.712.482,55 €
INDEMNIZACIONES	3.680.541,00 €	2.947.320,56 €	3.140.300,11 €	2.939.551,54 €	2.425.281,53 €	1.653.876,87 €	2.647.805,50 €

- Juicios de Osakidetza (información presentada por el Departamento de Salud, a petición de EH Bildu, a consecuencia de la iniciativa con número de expediente 12\10\07\02\03484-5929):

NÚMERO TOTAL DE JUICIOS DESDE 2017 HASTA 2023 COMO CONSECUENCIA DE DENUNCIAS DE PACIENTES							
AÑO	RESULTADO FAVORABLE PARA OSAKIDETZA	RESULTADO DESFAVORABLE PARA OSAKIDETZA	DESISTIMIENTO	OSAKIDETZA INTERVIENE COMO INETRESADA (NO DEMANDADA)	ARCHIVO PROVISIONAL / ACUERDO EXTRAPROCESAL	SIN RESULTADO EN EL AÑO	TOTAL DE JUICIOS POR AÑO
2017	35	17	1	1	3	10	67
2018	22	16	0	0	0	10	48
2019	19	11	0	0	0	12	42
2020	31	10	0	0	0	18	59
2021	21	8	0	0	0	18	47
2022	17	5	0	0	0	7	29
2023	4	3	0	0	0	12	19

- Es una herramienta valiosa para los y las usuarias de Osakidetza:
 - Para obtener documentación clínica: consultar el historial clínico, recibir pruebas clínicas, evolutivas, etc. En este caso, con determinadas patologías y resultados habría que tener cuidado. Por ejemplo, muchos/as pacientes han tenido noticia de una metástasis porque el informe se ha colgado allí; ante una noticia así, el/la profesional debería ver personalmente a la persona enferma, para ofrecerle su interpretación y contextualizar la información.
 - Para corregir los errores de las consultas: para recuperar las solicitudes de pruebas, en caso de que se olviden; para recuperar las cancelaciones de citas; para realizar las pruebas diagnósticas antes de la consulta de revisión, etc.
 - Para realizar labores de intermediación (entre personal y pacientes) ante problemas o conflictos, y alcanzar acuerdos. Solucionar lo que se pueda antes de que la situación empeore, dar explicaciones...
 - Para retrasar o adelantar las consultas. En las solicitudes de adelanto, informar de los casos más graves a los jefes y las jefas de servicio, para prevenir posibles complicaciones.

- Los usuarios y usuarias de Osakidetza no tienen costumbre ni cultura de utilizar el Servicio de Atención a Pacientes y Usuario/as. Muchos ni lo conocen. En numerosas ocasiones, la ciudadanía recurre al Servicio para saber qué puede hacer en determinadas situaciones. De todas maneras, durante el último año, las diferentes plataformas ciudadanas que se han creado se han esforzado en dar a conocer el Servicio a la ciudadanía y promover su uso.

Los ciudadanos y ciudadanas que han utilizado el Servicio de Atención a Pacientes se quejan porque solo permite poner reclamaciones de forma presencial. Aunque después de preguntar sobre el tema nos han propuesto diferentes opciones, la sensación de los usuarios y usuarias es que la burocracia es muy complicada y que el sistema no facilita en absoluto el proceso. En cada OSI, además, los SAPU-PEAZ trabajan de forma diferente y no exigen los mismos requisitos para poder realizar las mismas peticiones. Tampoco está claro que se cumpla la legalidad de la documentación que se exige en algunos centros. Debería ser básico que en todas las OSI los requisitos de solicitud fueran iguales.

- Existe una carpeta de salud donde nos identificamos con la firma electrónica cada vez que entramos. Lo lógico sería tener un enlace directo en la propia carpeta y que cada persona pudiera hacerlo desde donde está, sin ningún tipo de riesgo ni desplazamiento.
- Osakidetza debería considerar el SAPU como una herramienta importante, una herramienta que mejora el día a día de la ciudadanía y que permite identificar y corregir las carencias que pueda haber en los procesos asistenciales que hay que garantizar. Pero, a menudo, las quejas y reclamaciones que se derivan del Servicio se toman como ataques o amenazas y no se considera una herramienta de mejora.
- La impresión de los ciudadanos y ciudadanas es que el sistema está preparado para impedir presentar quejas y reclamaciones, aunque quienes trabajan en el Servicio no comparten esa opinión.
- Qué se observa en el funcionamiento diario:

- La mayoría de las reclamaciones interpuestas al personal no tienen consecuencias. Quienes han recibido diferentes reclamaciones no sufren consecuencias.
- La mayoría de los servicios están saturados por falta de personal médico, por lo que, cuando se pide adelantar la consulta, la respuesta suele ser que no. Sirve para identificar e intentar adelantar los casos más graves o los que ponen en riesgo la integridad de la persona, para evitar complicaciones (cánceres, enfermedades graves...), pero la mayoría de las solicitudes son denegadas. Traumatología, ORL, vascular, urología, digestivo... En esos servicios la mayoría de las reclamaciones no se aceptan y, por lo tanto, tienen que esperar muchísimos meses con malestar y dolor (porque no se consideran graves). ¿El dolor no es grave?
- Al solicitar información sobre las listas de espera, a veces no se recibe ni respuesta ni referencia alguna. En general, la información sobre la gestión de las listas no es transparente.
- Algunas listas de espera superan el tiempo establecido por ley.

3.9.-Sistemas Informáticos y Tecnológicos

- Observamos que en varias áreas de Osakidetza todavía se trabaja a mano o en modelos excel del pasado, y que los formatos de trabajo no están actualizados.
- Observamos que en ocasiones la red de Osakidetza se cae, que no existen planes de contingencia eficaces. Uno de los principales ejemplos de ello lo

constituye la OSI Emergencias. Ocasionalmente, la red se cae y Emergencias puede estar horas sin recibir llamadas.

- El soporte de Emergencia es del departamento de seguridad. Todo el software es del departamento de interior. Emergencias tiene acceso a Osabide global y a Integra. Pero el primer sistema y el que se activa ante las caídas es del departamento de seguridad. Hay aún un margen de mejora para trabajar de manera adecuada con el historial clínico.
- Observamos en las agendas de Atención Primaria que es una empresa externa la que entra a fijar las citas.
- Ha habido muy pocos avances en torno al Big Data y no se observa ninguna planificación para la gestión de esos Big Data.
- Observamos diferentes programas en Osakidetza: los del personal médico, los del personal de enfermería, los del personal administrativo....
- Las y los profesionales de Atención Primaria se quejan porque su programa informático no les facilita el trabajo.
- En Osakidetza se crean y gestionan numeroso datos. Datos importantes para la investigación, para desarrollar proyectos de futuro, etc... Pero para manejar esos datos, cedérselos a la Salud Pública y a las instituciones públicas que trabajan en la investigación, ese aspecto no está suficientemente especificado, y a menudo todo se basa en la voluntad del individuo, y es Osakidetza la que pone obstáculos para ello. Hay que definir debidamente la gestión y utilización de datos, garantizando la seguridad, y

especificando a la Administración pública el modelo de gestión para su conocimiento, investigación e innovación, al objeto de ser eficaces.

- OSABIDE, OSANAHAI, PRESBIDE... varios programas, pero no se puede trabajar en euskara en toda su integralidad. Hay un programa, el programa ICCA, que se utiliza para gestionar personas enfermas críticas, en todas las OSIs que cuentan con personas enfermas críticas, pero lo compraron únicamente en castellano, aunque se dijo que se implementaría también en euskera. Pero no se ha hecho así, y no se puede trabajar en euskera.

3.10.-Sociosanitaria

3.10.1.-Introducción

- La atención sociosanitaria no tiene una estructura sólida y se organiza en torno a consejos y mesas de coordinación. Desde 2003, es decir, desde que se realizó el acuerdo entre el Gobierno Vasco, las diputaciones forales y Eudel, aunque ha habido avances, no se ha logrado un modelo adecuado y eficaz.
- La persona no está en el centro, son los servicios los que tienen el foco de la atención sociosanitaria. De esa manera, las necesidades de cuidado de la persona quedan diseminadas; por un lado, en los servicios sociales y por otro, en el ámbito sanitario, y por lo tanto, en muchas ocasiones encontramos al paciente a la deriva, sin saber dónde acudir y sin recibir los recursos que necesita de forma sencilla y eficaz.

- No existe una cartera de servicios definida para responder a las necesidades sociosanitarias de la población de la CAV.
- El modelo está basado en la institucionalización y está demostrado que no es eficaz y no es lo que la ciudadanía vulnerable necesita y quiere. En la medida de lo posible, la atención sanitaria de las personas vulnerables se debe dar en sus propios domicilios/pueblos, canalizada desde Atención Primaria.
- Hay una gran falta de coordinación. Ayuntamientos, Atención Primaria, hospitales, diputaciones forales y Gobierno Vasco (Departamento de Sanidad).
- Deberíamos atender a la persona vulnerable en una ventanilla única, y planificar y reunir todos los cuidados que necesita en ella. Marcar itinerarios sencillos y concretos, itinerarios que se conozcan por parte de todo el personal que participe en el proceso, tanto a nivel de pueblo, de hospital y de diputación foral.
- En muchos centros de salud no hay personas trabajadoras sociales y son necesarias para realizar labores de coordinación, para que ejerzan de vínculo con el resto de instituciones.
- La atención sanitaria de las personas residentes en las residencias depende de la residencia, no hay criterios unificados.

3.10.2.-La salud de la ciudadanía que se halla en situación de exclusión

- Problemas o necesidades de las y los psiquiatras de la red de Salud Mental

Cuando las personas usuarias no acuden a una cita del CSM (cuando hablamos de temas de marginación, es habitual olvidar citas, no tener dinero para el transporte, que ocurra algún imprevisto...), los largos plazos para fijar la siguiente cita influyen en el bienestar de las persona porque retrasan la actualización de la pauta médica, entre otros factores.

- Problemas o necesidades en torno a las y los trabajadores de la red de Salud Mental

Los plazos para acceder a los recursos prescritos desde el CSM son largos y la flexibilidad para adaptarse a las necesidades de las personas es débil. El sistema tiene dificultades para colocar a las personas en el centro de la intervención.

- Problemas o necesidades relacionados con las urgencias del hospital

En algunas ocasiones, a las personas usuarias que se les ingresa en “agudos” no se les ofrecen los recursos necesarios, una vez recibida el alta, para que mantengan la estabilidad lograda. Por lo tanto, suele ser habitual que las personas vuelvan a la situación previa al ingreso.

- Problemas o necesidades relacionadas con la desintoxicación

- Existe una dificultad/imposibilidad para atender a las personas usuarias consumidoras en los recursos del CSM.

- Falta de recursos para las personas con problemas de consumo y salud mental.
- Problemas o necesidades relacionadas con las estancias hospitalarias de duración media-larga.

Ha solido ocurrir que, durante largo tiempo, se hayan denegado visitas a personas que han tenido estancias voluntarias de duración media-larga. Eso provoca que se dificulte la intervención de las y los profesionales del sector terciario y realizar el seguimiento del caso. Ha habido también dificultades para desarrollar una salida planificada a partir de estos recursos.
- Problema o necesidades para el tratamiento médico, u hospitalizaciones por orden judicial.
 - Resulta muy difícil realizar hospitalizaciones de urgencia en varios casos graves. Cuando se valora un ingreso que puede ser involuntario, falta un procedimiento que lo regule. ¿Cómo saber si hacer un ingreso involuntario es adecuado o no?
 - Problemas/necesidades relacionadas con la situación administrativa.
- Es indispensable estar empadronado para tener un médico de familia de referencia. En consecuencia, se le deniega este derecho a toda persona que no esté empadronada. Unido a ello, la inexistencia de procedimientos para aplicar el “censo social” o las dificultades que imponen los ayuntamientos en los lugares en los que viven las personas dificultan el acceso de las personas al sistema de salud. Se puede acudir a urgencias sin estar empadronado.

- No hay suficientes recursos que garanticen que las personas usuarias tomen la pauta médica correctamente.

3.10.3.-Centros penitenciarios

- Un centro penitenciario es una institución cerrada, y las necesidades de la ciudadanía que allí se encuentra no son las mismas que las de la ciudadanía que vive libre. Hay una gran descoordinación entre la Salud Mental y la Atención Primaria. Tienen una singularidad especial. Se trata de dos equipos diferentes. No es lo mismo pasar una gripe en prisión o pasarla fuera. Debería haber una única red sanitaria en los centros penitenciarios.
- En Salud Mental hay falta de psiquiatras y psicólogos. Hay una gran necesidad al respecto en los centros penitenciarios.
- En los centros penitenciarios, la autoridad penitenciaria está por encima de la autoridad sanitaria. Y los tratamientos, recomendaciones y órdenes que pueda dar el personal médico quedan en muchas ocasiones en manos de la autoridad penitenciaria (según la decisión/recomendación del médico), suya es la decisión última. Por lo tanto, el derecho a la salud puede resultar vulnerado.
- No está especificada la frecuencia para recibir la atención sanitaria por parte de los equipos.

- Se observa la necesidad de reforzar el cuidado de la salud buco dental. También la respuesta sanitaria que se debe activar ante accidentes o sucesos varios.
- Del mismo modo que el triaje en Osakidetza lo realiza el personal de enfermería, en los centros penitenciarios las instancias corresponden al personal funcionario. En consecuencia, a menudo las solicitudes sanitarias no llegan a manos de los equipos, al personal sanitario.
- La medicación se da actualmente con supervisión presencial. Pero ha habido grandes problemas en este tema.
- Por las noches no hay personal auxiliar de enfermería, y por lo tanto no se da respuesta a las necesidades de las y los ciudadanos reclusos.
- Se deben revisar los protocolos de prevención del suicidio. El seguimiento sanitario que tienen en general es muy escaso.

3.10.4.-El final de la vida

- No sabemos en qué situación fallece la gente en Osakidetza. Habría que hacer un diagnóstico en torno a la calidad con la que se afronta el fallecimiento, en torno a la calidad del deceso, no solo en Osakidetza, también en los domicilios, en torno a la calidad del proceso que tiene garantizada la ciudadanía en las residencias en el momento del fallecimiento. Algunas comunidades autónomas cuentan con un observatorio de la muerte digna, por ejemplo Nafarroa. De ese modo, miden la calidad del fallecimiento.

No sabemos en qué medida se utiliza la sedación paliativa. Tampoco sabemos cómo se emplea. ¿Muere la gente en el lugar en el que quiere hacerlo? ¿Cómo muere en los hospitales? ¿Y en otros sitios? ¿Se les garantiza en los hospitales una habitación individual o únicamente se hace en las últimas 12 horas?

- El final de la vida debe ser evaluado por el Observatorio de la Muerte Digna, son derechos aprobados por ley. Ley 11/ 2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, comprobando si dichos derechos y servicios se cumplen o no.

<https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2016/07/1603138e.pdf>

Lo mismo respecto al nivel de cumplimiento de la ley de eutanasia.

- Las tramitaciones de las ayudas de la ciudadanía que se encuentra en este proceso no son ni ágiles ni eficaces. La ciudadana o ciudadano que se encuentra en cuidados paliativos o al final de su vida no puede estar esperando tres meses a que se realice la valoración de dependencia, por ejemplo.
- Las ayudas sociales no están adaptadas a los procesos de final de la vida.
- Los equipos de cuidados paliativos no son equipos reales. Se atienden desde equipos de hospitalización a domicilio. Pero la mayoría de equipos no están preparados para ello y tampoco son equipos multidisciplinares.
- Estamos en una situación muy precaria en cuidados paliativos en lo que se refiere también a la ayuda psicológica. Hay un convenio con La Caixa para

ello. Esta ayuda, debería estar incluida en los equipos de cuidados, creando equipos multidisciplinares para ello.

- Solo contamos con un único equipo de referencia en cuidados paliativos de pediatría en la CAV. No se ha desarrollado durante años.
- Las y los pacientes que se encuentran en el final de sus vidas no tienen tiempo, los equipos que los atienden deben actuar con rapidez en el trámite y en el cuidado.
- Los medios y las vías correspondientes no están debidamente especificadas para que se puedan desarrollar los cuidados paliativos y la eutanasia de las personas institucionalizadas.
- Aunque desde enero de 2024 hasta ahora, gracias el DECRETO 9/2024, por el que se regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas y el otorgamiento de los documentos de voluntades anticipadas, se ha observado alguna mejoría, sigue habiendo dificultades en este campo, sobre todo debido a la situación de las y los profesionales de Atención Primaria. En el decreto no está claro quién debe validarlos, y en este momento tampoco existe formación al respecto. Desde Atención Primaria se remiten a inspección, y las tramitaciones acaban enredándose.
- En las preguntas y respuestas que planteamos al hilo del informe de 2023 de la Comisión de Garantía y Evaluación de Euskadi –13/10/05/03/00085-225– se puede observar cuáles son las mejoras que debemos acometer en el

campo de la eutanasia. Sería conveniente ahondar en la formación para evitar la objeción.

3.11.-Farmazia

3.11.1.-Farmacia en Atención Primaria

- Clásicamente ha sido una figura minoritaria en Osakidetza (en Guipúzcoa hasta hace poco sólo había un farmacéutico de primaria en las OSIs pequeñas y 3 en Donostialdea). Sin embargo, recientemente la Subdirección de Primaria de Osakidetza ha hecho una apuesta contratando 13 nuevos farmacéuticos de primaria. Es una figura que claramente hay que potenciar dado que estamos en una sociedad muy envejecida con una tasa de polimedicación muy elevada y en creciente aumento. Además es una sociedad “medicalizada”, es decir, cualquier problema sanitario se tiende a “arreglar” con un medicamento y se utilizan los medicamentos para compensar la falta de recursos como pueden ser la falta de profesionales.
- La función del personal farmacéutico de primaria es velar por el uso racional de medicamento (URM) en el ámbito de la atención primaria. Clásicamente, las y los farmacéuticos de primaria, a la hora de garantizar un Uso Racional del Medicamento han venido ejerciendo su actividad a nivel “poblacional”, debido a la escasez de personal de farmacia. Para ello se han centrado mucho en la revisión poblacional de la revisión de diversos grupos de fármacos, y también en el aspecto “formativo” y de educación sobre los prescriptores, elaborando toda clase de boletines (INFAC, farmahitza, lbotikas), y realizando formaciones en cascada en los centros (entre otras

funciones). Recalcar que siempre es información/formación independiente y evaluada.

- Sin embargo, si la dotación de personal lo permitiese, el personal de farmacia podría tener un papel mucho más clínico, colaborando en la revisión de la medicación holística de los tratamientos de los pacientes. Las y los médicos de primaria, apenas llegan a realizar la prórroga anual de los tratamientos y habitualmente no disponen del tiempo para realizarlo “con mimo” por lo que los tratamientos se perpetúan sin que haya una “reevaluación”.

Se han venido realizando diversos proyectos (a pequeña escala) en este sentido, pero la falta de recursos hace que no sea extensible por ejemplo a todos los polimedicados de la población. El año pasado, dentro del plan de apoyo a la atención primaria se contrataron 13 farmacéuticos para “apoyar” la primaria. ¡Hay que seguir apoyando a este colectivo, que tiene mucho que ofrecer!

- Existen otras comunidades autónomas, como Galicia con un modelo más clínico y más desarrollado. Es un modelo interesante a analizar.
- Sería de gran ayuda dotar a las y los farmacéuticos de más competencias en “e rezeta-presbide”. Aunque a día de hoy el personal de farmacia legalmente no puede prescribir, sería muy facilitador que pudiesen “modificar” prescripciones previas, por ejemplo para adaptar formas farmacéuticas. Hay muchos desabastecimientos en los que es necesario adaptar las pautas y sustituirlas por otras presentaciones. Las y los farmacéuticos buscan alternativas pero no pueden modificar el presbide.

3.11.2.- Farmacia en Centros Sociosanitarios

- A raíz del cambio de la normativa que regula la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios, muchas residencias (sobre todo los centros grandes) de la CCAA han pasado a tener vinculación con Osakidetza (otros siguen vinculados a las farmacias de la calle). Sin embargo, como ocurre a menudo, la dotación de recursos ha sido escasa y no se ha podido desarrollar en su totalidad. El centro Farmabide suministra en la actualidad al 25% de las residencias vinculadas. Todavía queda muchísimo por desarrollar y es un campo que claramente hay que apoyar.
- El proyecto FARMABIDE se puso en marcha para desarrollar un nuevo modelo de dispensación de medicamentos para los centros sociosanitarios de Euskadi, que cumpliera la nueva legislación desarrollada al respecto (DECRETO 29/2019, de 26 de febrero, sobre servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las residencias para personas mayores ubicadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi).
- El objetivo final es dispensar la medicación a 200 centros sociosanitarios (aproximadamente 20.000 residentes) de toda la CAPV, pero por el momento, han firmado el convenio 139 centros sociosanitarios (aproximadamente 13.500 residentes).
- El cronograma de implantación del proyecto ha sido irregular, debido a problemas diversos, principalmente relacionados con los programas informáticos empleados y su interconexión y con la dotación de personal asignada al proyecto. El primer centro sociosanitario entró en abril de 2022 y

actualmente (septiembre de 2024) están dentro del proyecto 26 centros sociosanitarios (aproximadamente 1.500 residentes). El proyecto lleva “paralizado” aproximadamente un año (desde septiembre de 2023), sin introducirse nuevos centros, principalmente por problemas con la dotación de personal.

- Hasta la primavera de 2024 no se crearon las plazas del personal que trabaja actualmente en FARMABIDE (2 farmacéuticos, 1 administrativa, 6 auxiliares de farmacia); que es el personal necesario para mantener el proyecto con los centros que están dentro actualmente. Si se desea continuar con la implantación del proyecto e introducir más centros sociosanitarios, el aumento de personal debe ir parejo.
- Conclusión, este es un proyecto con mucho potencial y utilidad, que está siendo frenado por evitar la contratación de personal auxiliar de farmacia.
- Por otro lado, existe otra vertiente de este proyecto, que implica la atención farmacéutica a los centros sociosanitarios (incluyendo aquí entre otras funciones: autorización/revisión de los botiquines de los centros sociosanitarios, realización de procedimientos de trabajo en relación a administración de la medicación de los residentes, revisión/validación de órdenes medicas...). Para estas funciones se han creado 15 puestos de personal de farmacia. En este caso, el problema más importante con el que se encuentran este personal es la ausencia de los permisos necesarios en el programa de prescripción electrónica (es decir, la falta de un perfil de farmacéutico dentro del programa PRESBIDE). Sin tener estos permisos (el

perfil de farmacéutico), no pueden desarrollar sus funciones de forma óptima, con lo que todo el potencial del proyecto se ve bastante reducido.”

3.11.3.-Farmacia Hospitalaria

- Es el campo de la farmacia más desarrollado en Osakidetza, tiene un nivel de desarrollo superior a los dos campos previos, aunque los recursos también han sido siempre insuficientes, sobre todo para conseguir que las y los farmacéuticos se integren con los clínicos.
- En los últimos años ha crecido enormemente. La gestión de los fármacos se ha complicado muchísimo. Hay muchísimos más fármacos, más difíciles de manejar, con más exigencias de control y seguimiento y por lo tanto ha traído la necesidad de especialización en cada una de las áreas. En los hospitales terciarios hay gente especializada que se dedica a muchos campos diferentes: oncohematología, terapias biológicas, farmacogenómica, farmacocinética, infecciones, fármacos huérfanos, selección eficiente de medicamentos para la organización sanitaria, nutrición clínica, farmacotecnia, uso racional del medicamento, atención farmacéutica al paciente externo, investigación/ensayos clínicos. Sin olvidar las funciones clásicas de la gestión de la farmacia.
- Es un ámbito donde el nivel de desarrollo de cada una de estos campos es muy variable entre cada uno de los hospitales y hacer un diagnóstico adecuado por cada uno de los campos llevaría mucho tiempo, porque cada farmacia hospitalaria tiene su propio diagnóstico (esto no ocurre en los dos

ámbitos anteriores, donde se trabaja de manera más coordinada y corporativa).

- Dentro de la farmacia, por mencionar un campo, creo que la oncohematología es uno de los campos que más ha evolucionado; hay muchos más pacientes, que viven mucho más tiempo y con una gama de fármacos cada vez más caros y sofisticados. Dado el gasto sanitario que suponen, merece especial atención desde el punto de vista social y es sin duda un gran reto social garantizar el uso eficiente de los recursos en general pero especialmente en el campo de la oncohematología.

4.-SISTEMA DE SALUD PRIVADO

4.1.-Relación público y privado

- La privatización puede analizarse desde diferentes perspectivas:
 - Que la ciudadanía, por diferentes razones, sienta la necesidad de contar con un seguro privado además de Osakidetza: por las listas de espera, por razones culturales, por falta de confianza en el sistema público...
 - Desde Osakidetza, al hilo de las derivaciones que pueden realizar diversos profesionales.
 - Osakidetza al contratar la gestión de diferentes servicios.
 - Realizar derivaciones a la privada para reducir las listas de espera.
 - Autoconcertación

- Al estructurar OSIs público-privadas, por ejemplo: OSI de Tolosaldea.
○ O al crear unidades clínicas mixtas de gestión.
- Cuando las y los profesionales que tienen responsabilidades públicas trabajan al mismo tiempo en la privada.

- Durante años las autoridades han intentado socializar que no se han dado privatizaciones, que dejar la gestión de un servicio en manos de una empresa no es privatización. Que, por el contrario, la privatización consiste en dejar la responsabilidad de un servicio en manos de la empresa privada, y que el Gobierno Vasco nunca ha externalizado sus responsabilidades y que nunca las ha dejado en manos de la empresa privada.

- La cultura puesta en práctica por parte del Departamento de Salud ha sido implícita: los servicios que son de asistencia directa son de gestión directa, tienen que ser asumidos por Osakidetza, pero la gestión de los demás sí puede externalizarse. Asimismo, durante años, se ha ahondado, en una sección sí y en la otra también, en la externalización de la gestión de diversos servicios: terapias respiratorias / hemodialistas/ ayuda domiciliaria de emergencias / PADI / algunos ambulatorios / algunos servicios de los centros de salud / centros psiquiátricos / transporte sanitario programado / transporte sanitario de urgencias / diálisis domiciliaria/ limpieza / mantenimiento/ informática/ cocina / técnicos de diferentes especialidades.

- El importe de la concertación que realiza el Departamento de Salud puede observarse en los presupuestos de 2024. Convenios sanitarios: en la línea financiera 09 4112 20 251, en 2024: asciende a 249.695,7. Y en 2023: 228.822,1. La diferencia ha sido de un 9,1 %. Hay una subida en los convenios,

en la concertación. Han aumentado desde 2021. Cabe destacar la subida ocurrida en los convenios sociosanitarios, de un 47 %.

- Durante estos últimos años, el Departamento de Salud ha contratado consultorías externas para la redacción de planes y estrategias. Es decir, se deja en manos de empresas externas el rumbo de Osakidetza.
- Durante años, el Departamento de Salud han externalizado una y otra vez la gestión de las necesidades estructurales. Ocurre en dos niveles: por una parte, desde el Departamento de Salud y, por otra, desde Osakidetza.
- Resulta significativo lo que el plan “Osasun Zainduz” (Cuidando la salud) del Departamento de Salud recogía ya en su día en 1993: la salud pública debe funcionar mediante parámetros que son comunes en el sector privado, basados en el acuerdo entre partes, y su sometimiento al Derecho Laboral y Mercantil.
- La creación de Osakidetza puede entenderse como el primer paso de la privatización. En teoría, la creación de Osakidetza responde a la necesidad de flexibilidad para dar respuestas rápidas en el día a día del campo de la salud, y no cuestionamos esa necesidad. Pero a su vez se ha observado que se ha aprovechado la creación del ente público de derecho privado para ahondar en la privatización y dificultar el control público.
- Se debe especificar debidamente cuál es la relación entre el ámbito público y el privado. Esa relación no puede basarse en un funcionamiento que conlleve el debilitamiento de lo público.

- No se entiende el alto nivel de aceptación que tiene en Osakidetza trabajar al mismo tiempo en la pública y en la privada, y que eso se considere normal. Menos aún que se tengan responsabilidades en Osakidetza y se ejerza en la privada. En la respuesta remitida por el Departamento de Salud con fecha de 7 de marzo de 2023 al Parlamento Vasco (iniciativa número 12\10\07\02\02803-578) se recoge el número de personas profesionales que cuentan con el permiso de compatibilidad, tal y como se recoge en la imagen de más abajo.

Cabe reseñar que se basa en la Ley 53/1984 de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y en la Ley 19/2013 de 9 de diciembre.

ORGANIZACIÓN	Nº PROFESIONALES
C.VASCO TRANSF.Y TEJ.HUM.	2
EMERGENCIAS (U.T.E.)	5
HOSPITAL GORLIZ	8
HOSPITAL SANTA MARINA	5
OSI ALTO DEBA	15
OSI ARAEA	50
OSI BARAKALDO-SESTAO	24
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	120
OSI BIDASOA	14
OSI BILBAO-EASURTO	78
OSI DEBABARRENA	17

Donostia - San Sebastián, 1 - 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfn. 945 01 01 01 - Fax 945 01 02 10

OSI DONOSTIALDEA	49
OSI EZKER.-ENKART.-CRUCES	87
OSI GOIERRI-ALTO UROLA	5
OSI TOLOSALDEA	1
OSI URIBE	24
RED SALUD MENTAL ARAEA	6
RED SALUD MENTAL BIZKAIA	28
RED SALUD MENTAL GIFUZKOA	6
TOTAL	529

- Se ha observado, a su vez, que la relación público-privado que se ha ido construyendo se ha empleado para desarrollar el amiguismo y el clientelismo. Se ha observado cómo se fragmentan los contratos para mantener la citada red (el sindicato LAB dio cuenta de esta praxis y la ha denunciado reiteradamente).
- La Encuesta de Salud Vasca 2023, encuesta que analiza y mide la situación sanitaria de la CAE y la de su población desde 1986, muestra claramente cómo se ha ido perdiendo esa confianza, pudiéndose observar que durante los últimos 10 años la privatización ha aumentado un 50 %. A tenor de la última encuesta, se puede observar que cada vez son más las y los ciudadanos que cuentan con seguro privado desde 2018, un 19 % más que en ese año. En esa evolución puede apreciarse que ha habido una pérdida de confianza en el Sistema Público de Salud.
- En lo que a la autoconcertación respecta, el dato sobre la llevada a cabo en 2023 se recoge en la siguiente iniciativa 12/10/07/02/03598-7178 aquí referida: [12.10.07.02.3598](#)
- Para hacernos una idea en torno a las empresas que se contratan, podemos remitirnos a la siguiente iniciativa 12/10/07/02/03599-7179 aquí referida: [12.10.07.02.03599](#)
- Para hacernos una idea en torno a las derivaciones, podemos remitirnos a la siguiente iniciativa 12/10/07/02/03566-6669- aquí referida: [12.10.07.02.03566](#)

4.2.-Mutuas

- Las mutuas tienen su origen en las asociaciones de empresarios/as que surgieron cuando no existía la Seguridad Social. En los países europeos poco a poco han ido integrándose en el Sistema Sanitario Público. Pero en el Estado español y en la CAV el rumbo ha sido el contrario: han ido adquiriendo poder y el último paso ha sido la firma de un nuevo convenio -18/09/2024- por parte del Gobierno de Madrid, para que los Sistemas Públicos dejen en manos de las mutuas la gestión de diversos procesos en los casos de bajas por traumatología.
- Las funciones de las mutuas eran la prevención y los accidentes laborales. Pero ahora también incluyen prestaciones de riesgo por embarazo, algunas cuestiones relacionadas con el cáncer, el control de altas y bajas...
- La competencia de control de altas y bajas adquirida por las mutuas ha supuesto un incremento de la presión sobre la Atención Primaria.
- Las mutuas tienen infra declaradas las enfermedades profesionales. Hay un montón de enfermedades profesionales que no reconocen, y eso también afecta a Osakidetza.
- Con los pasos que están dando las mutuas de la mano de diferentes instituciones, estamos viendo que además de profundizar en la privatización, se está desarrollando un cambio en el modelo de salud. Osakidetza cura y atiende a la persona en su totalidad, mientras que las mutuas buscan que se dé el alta lo antes posible. Estamos viendo a gente que es dada de alta sin estar recuperada o tratamientos muy agresivos.

- En la anterior legislatura, el Departamento de Salud dio un paso más al firmar un convenio con Mutualia para que las mutuas pudieran acceder a los datos con permiso del personal. El Ararteko, como consecuencia de la intervención de un ciudadano, pidió a Osakidetza que reflexionara sobre el interés general del rumbo que se ha seguido hasta el momento y de los pasos que se han que buscaba el convenio suscrito.
- En vista dado, nos preocupa el modelo de salud que se quiere implantar, pues conllevaría un sistema sanitario de dos velocidades. Es decir, por un lado, la sanidad para la población activa laboralmente, y por otro, la sanidad para la población pensionista y desempleada.
- La firma del convenio antes mencionado, firmado por el Gobierno de Madrid el 18/09/2024 para que los Sistemas Públicos dejen en manos de las mutuas la gestión de diversos procesos en los casos de bajas por traumatología, puede abrir la puerta a que la fórmula después se extienda a otras especialidades, lo cual supone ahondar en el debilitamiento del Sistema Sanitario Público.

4.3.-Sistema de Salud Privado

- Por lo general, a partir de 2015 Eustat asumió la responsabilidad de las operaciones estadísticas sobre atención privada; hasta 2011 fue el Departamento de Salud el responsable, y desde 2012 a 2014 no hay datos sobre la atención privada.

- Así las cosas, desde el punto de vista metodológico es recomendable utilizar la información estadística posterior al año 2015, producida por Eustat, precisamente.²

Últimos datos de los que disponemos:

Principales indicadores de la atención sanitaria privada de la CAV por concepto y periodo					
		2015	2017	2019	2021
	Personas que cuentan con seguro	407.1	435.2	474.4	504.7
		71	19	62	62
	% de la población asegurada	18,7	20,0	21,7	23,0
	Volumen de primas (miles de euros)	312.6	328.5	343.8	366.2
		94	13	82	38
	Primas por persona asegurada	768	755	725	726
	Primas por habitante (euros)	144	151	157	167
	Primas / PIB (%)	0,45	0,45	0,43	0,47

- Como puede observarse, el último dato corresponde a 2021: 504.762 personas aseguradas en la CAV. A la vista de la tendencia de crecimiento de los últimos años podemos decir que una cuarta parte de la población de la CAV, el 25 %, tiene algún seguro privado. Ese dato se corresponde, precisamente, con la proporción del Reino de España. En general, podemos afirmar que la atención sanitaria privada llega a un tercio de la población.

² Los datos se pueden obtener del siguiente enlace: https://eu.eustat.eus/banku/id_2339/indexLista.html

- El crecimiento de la atención sociosanitaria privada no puede entenderse sin tener en cuenta el declive del sistema sanitario público. La red privada se aprovecha de la debilidad del sistema público para crecer.