

EAEko Osasun Sistema Publikoaren

Diagnostikoa

2024.09.29

DIAGNOSTIKOAREN ESKEMA

1.-SARRERA

1.1.-Kokapena

1.2.-Ituna Zertarako, Zergatik

2.-OSASUN SISTEMA PUBLIKOAREN EGITURA

2.1.-Osasun Sailaren Misioa eta Funtzioak

2.2.-Antolakuntza eta Organigrama

2.3.-Gobernantza

2.4.-Osakidetza: ESI-ak

2.5.-OSATEK

2.6.-Pertsonal Politika

2.7.-Formazioa

2.7.1.-Sarrera

2.7.2.-Ikasle Kopurua, azpiegiturak eta metodología

2.7.3.-Irakaskuntza firgurak eta eragindako zailtasunak

2.7.4.-Euskal adarra eta euskararen egoera

2.7.5.-EHU-ko medikuntza ikasketak

2.7.6.-Osakidetzako formakuntza

2.7.7.-Egoiliar formazioa

2.8.-Ikerketa

2.9.-Hizkuntza Politika

2.10.-Osasuna eta Genero Ikuspegia

2.11.-Azpiegiturak

2.12.-Itxaron Zerrendak

3.-OSASUN SISTEMA PUBLIKOAREN HEDAPENA

3.1.-Osasun Publikoa

3.1.3.-Osasun Publikoko eta adikzioen zuzendaritza

3.1.2.-Osasun Planak eta Estrategiak

3.2.-Pazientearen Segurtasun Klinikoa

3.3.-Lehen Arreta

3.4.-Osasun Mentala

3.4.1.-Kontzeptualizazioa

3.4.2.-Egoera

3.4.3.-Interdiziplinarra

3.4.4.-Profesionalak

3.4.5.-Baliabideen gainkarga

3.4.6.-Formazioa

3.4.7.-Ikerketa

3.4.8.-Genero Ikuspegia

3.4.9.-Suizidioa

3.5.-Etenik Gabeko Arreta Guneak

3.6.-Emergentziak ESI

3.6.1.-Sarrera

3.6.2.-Plan Estrategikoa

3.6.3.-Pertsonal kudeaketa

3.6.4.-Kudeaketa ekipoa

3.6.5.-Prestakuntza

3.6.6.-Berrikuntza

3.6.7.-Emergentziak-eko prebentzio eremua

3.7.-Ospitaleak

3.8.-Pazienteak eta Erabiltzaileak artatzeko Zerbitzua

3.9.-Sistema Informatiko eta Teknologikoak

3.10.-Soziosanataria

3.10.1.-Sarrera

3.10.2.-Bazterketa egoeran dauden herritarren Osasuna

3.10.2.-Espetxeak

3.10.3.-Bitzza amaiera

3.11.-Farmazia

3.11.1.-Lehen Arretako farmazia

3.11.2.-Zentro Soziosanitarioetako farmacia

3.11.3.-Ospitaleko farmazia

4.-OSASUN SISTEMA PRIBATUA

4.1.-Publiko Pribatuaren arteko harremana

4.2.-Mutuak

4.3.-Osasun Arreta Pribatua

1.-SARRERA

1.1.-Kokapena

Azken urteotan, Osasun Sistema Publikoa eta batez ere Osakidetza, herritarren kezka nagusi bilakatu da. Hala adierazi digute urtez urte herritarren kezkak neurtzen dituzten tresnek.

- 82. Euskal Soziometroak, 81. Soziometroak abenduan ateratako ondorioa berretsi zuen. Osasungintza, Osakidetza, bigarren kezka nagusia zen herritarrentzat.
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/sociometro_vasco_82/es_def/adjuntos/24sv82.pdf
- 83. Euskal Soziometroak ez zuen galdetu kezka nagusiez.
- Deustobarometroak 2023ko udan jaso zuen, Osakidetzak ematen duen arreta 4,8 ko puntuazioarekin baloratzen zutela herritarrek. Herritarren % 38k adierazten zuen Osakidetzan lehen baino konfiantza gutxiago zuela, eta % 19a konfiantza galtzear zegoela.
- 2024ko ekaineko Deustobarometroak jasotzen zuen, lehenengo aldiz euskal herritarren %48arentzat osasun arreta arazo garrantzitsuena bilakatu dela. Eta herritarren % 61ak Osakidetzaren hobekuntzara bideratutako politikak lehenestea eskatzen zuela. Herritarren %72ak Eusko Jaurlaritza berriak azken urteetako politika asko edo dezente aldatzea espero dute.

- 2023 Euskal Osasun Inkestak, 1986tik EAEko biztanleriaren osasun egoera aztertu eta neurtzen duen inkestak, argi erakusten du nola joan den konfidantza hori galtzen: bertan ikus daiteke 10 urtetan osasun zerbitzuen pribatizazioa %50 areagotu dela. Bertan ikusi daiteke, 2028an egin zen azken inkestatik, gero eta herritar gehiago direla aseguru pribatua dutenak. 2018an baino %19 gehiagok. Eboluzio horretan Osasun Sistema Publikoarekiko konfidantza galera ikusten da nabarmen.
- 2023 Euskal Osasun Inkestaren arabera, Osasun-sistemarekin pozik dauden pertsonen prebalentziak behera egin du. 2018an baino % 11,5 eta % 9,9 gutxiago hurrenez hurren emakume eta gizonen artean.

Beraz, egoera neurtzeko ditugun tresna desberdinek, herritarren kezka eta arazoa, Osakidetzaren egoeran, baldintzetan eta herritarrei eman beharreko arretaren kalitatean kokatzen dela erakusten dute. Horren beste adibide bat dira, azken urteotan Osakidetzaren egoeraren aurrean beren kezka eta haserrea adierazteko, -pandemia aurretik hasita-, antolatu diren plataforma desberdinak eta mobilizazio zein elkarretaratzeak.

- Halaber, herritarrak ez dira izan kezka edota haserrea adierazi duten bakarrak. Osasun profesionalak ere, Osakidetzan Osasun Saitetik hartu izan diren neurrien aurrean, euren haserrea eta ezinegona azaldu dute mobilizazio desberdinen, greben eta lan geldialdien bidez. Batzuetan sindikatuek eginiko deialdien bidez eta beste batzuetan arazo zehatzen inguruko eremu desberdinetako langileak euren artean antolatuz. Horren adibide, COVID-19 pandemia aurretik, Lehen Arretan pairatzen ari ziren egoeraren aurrean Lehen Arreta Arnasberritzen-ek deituriko mobilizazioak; Etenik Gabeko Arreta

Guneetan egiten ari ziren ordutegien itxieren aurrean, herritarrek mobilizazioak deitu zituzten; Osakidetza osoan greba orokorrak izan genituen 2023ko maiatzak 18 eta 19 an; Emergentziak ESI-an, bai kudeaketa publikoa zein kudeaketa pribatuan dauden langileen mobilizazio eta grebak amaigabeak izan dira; Osakidetzako kontratatuko garbitzaileena; Usansoloko ospitaleko Transfusio eta Giza Ehunen zentroko langileena; biltegietako langileena; Etenik Gabeko Arreta Guneetako langileak; Bidasoaldeko ESI-koak eta abar.

- Osakidetzako mahai sektoriala, berariaz dagokion izaera galtzen joan da denboran. Horren adibide, 2007an adosturiko lan hitzarmena dagoela indarrean oraindik: [235/2007 DEKRETUA, abenduaren 18koa, 2007., 2008. eta 2009. urteetarako Osakidetzako langileen lan-baldintzak arautzen dituen akordioa onartzen duena](#). Nahiz eta, 2013an aldaketa batzuk egin ziren 351/2013 dekretuaren bidez:

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

Edota lanpostu funtzionalen dekretua berritzeko [186/2005 DEKRETUA, uztailaren 19koa, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua Zuzenbide Pribatuko Entitate Publikoaren lanpostu funtzionalak arautzen dituena](#), berritzeko gaitasun eza.

2013tik Osakidetzan hauteskundeak deitu gabe zeuden eta azkenean 2024ko azaroaren 28an egingo dira. Akordio puntualak izan dira, kasu Lanbide Garapenaren akordio 2022ko uztailan, baina, sinatuta izan arren, urtebete itxaron behar izan zen indarrean sartu arte, eta sindikatuak mobilizatu egin behar izan ziren sinaturikoa betetzeko. Ez da desberdinen arteko negoziatorako kulturarik izan. Are gutxiago, Osakidetza garai berrietara egokitzen lagunduko duten, eta ikasteko gaitasuna izango duen erakundea

bilakatzeko neurriak adosteko; ez eta, gizartearekin batera egokitzen joateko egiturazko politikak ezartzeko ere.

- Gaixotasun zehatzen inguruan ere, hainbat elkarte desberdinek adierazi izan dute Legebiltzarrean, Osakidetzaren gainbehera eta paralisia, beraien jaso beharreko tratamenduetan; bitartekoetan izandako bilakaera negatiboa profesionalen nahikotasunean, formakuntzan, beharrezkoak diren ekipo multidiziplinarretan, errekurtsoetan, Osakidetzaren zein Osasun Sailarekin izan beharreko komunikazioan.
- Azken legegintzaldian, egoera ez da hobea izan Legebiltzarrean. Legebiltzarreko Osasun Batzordea, lanerako, eztabaidarako foro, tresna gisa ez da ulertu; Legebiltzarreko ekimenak eraso gisa ulertu izan dira. Ezin da ahaztu, herritarren burujabetza, boterea, Legebiltzarrean ordezkatzeko delak eta herritarren ordezkariak biltzen den erakundearen kontu eman beharra, gobernuaren funtzioen barruan sartzen dela. Eta herritarrek eta oposizioko taldeek kezka eta ekimenak baldin badituzte Osasun Batzordean hizpide izateko, komenigarria da Osasun Batzordean denbora egokietan kudeatzea, luzamenduetan aritu gabe. Horrela, herritarrek erakundeekiko konfidantza berreskuratu ahal izateko.
- Osakidetzako EPE-en eredu eta kudeaketak, Osakidetzaren funtzionamendua, gardentasuna, eraginkortasuna eta izen ona behin eta berriro auzitan jarri dute; Osakidetzaren funtzionatzeko dagoen lagunkeria eta klientelismoa agerian utziaz. Gogoratu behar dugu, 2016-2018 EPE-kin gertaturikoa; behin, 2016-2018 EPE-ak eztanda egin ostean, mundu guztiak zekien praxia omen zen baina mahai gainean jartzen inor ausartzen ez zena. Horrez gain, 2023ko udan,

kategoria txiki batzuetako azterketen harira aurkeztu beharreko dokumentazioaren izapidetzearen harira Osakidetzak emandako irudia ez zen izan ez modernoena ez eta eraginkorrena ere. Behin eta berriz agerian geratuaz, Osakidetzak garaiekin bat datozen azpiegitura teknologikoak eguneratzeko duen beharra.

- COVID-19 Pandemiak Osakidetzan, lan esparru desberdinetan gertatzen ari zen guztia azaleratzen lagundu zuen, baina batez ere, indarrean egon den egiteko modu bat azaleratu zuen. Kultura politiko bat azaleratu zuen: Osasun Sailak aldebakartasunez lan egiteko duen kultura; erabakiak modu kolektiboan eta eragile desberdinekin hartzeko zailtasunak; Osasun Sailak azken urteetan, administrazio publikoaren teknikari eta profesionalak izan duen konfidantza falta, adibidez, pandemian protagonismoa izan behar zuen Osasun Publikoko epidemiologia ekipoarekin ez zen kontatu; ardura kanporatzeko joera; herritarrekin eta gainerako eragileekin komunikazio on bat bideratzeko ezintasuna; ebidentzia zientifikoan oinarritutako politiken pedagogian hutsuneak; eta abar. Horrez gain, babes juridikorako eta egitura aldetik herri gisa ditugun tresnen ahultasuna geratu zen agerian. Jaurlaritzatik, eta batez ere Osasun Saitetik herri honetan ditugun gainerako erakunde batzuekin -EHU kasu- elkarlanerako zeuden zailtasunak edota borondate gabezia ere agerian geratu zen. Pandemia ez zen baliatu herritarrak ahalduntzeko eta ordurarteko inertziekin jarraitu zen. Aukera paregabea galdu zen, osasuna politika guztietan txertatzen hasteko eta osasun determinanteetatik, “one health/Osasuna Bakarra” markoaren baitan, maila lokalean eta komunitatearen baitan egin beharreko lanei ekiteko.

Halaber, pandemia baliagarria izan zen ere ordurarte Osakidetzan ikusezinak ziren kategoriak azaleratzeko eta duten garrantziaz ohartzeko, hala nola, garbitzaileak, mantenukoak, mikrobiologoak, laborategietako profesionalak, eta abar. Beste gauza batzuen artean laborategien plan zuzentzailearen itoginak berehala ikusi ziren. Baliagarria izan zen baita ere, Osakidetzan, ikerketa eta hornikuntzarako burujabetza azaleratzeko. Hala eta guztiz ere, pandemian behin eta berriz errepikatuena izan zen baieztapena, bazterrean geratu zen: pandemiak utzitako irakaspenak jaso eta egikaritzea. Inertzien kudeaketa ereduak gailendu izan da orain arte.

Beraz, azken urteotan Osasun Sistema Publikoan eta batez ere Osakidetzan gertaturiko mugarri nagusiei errepaso azkar bat ematen badiogu, berehala ondorioztatu daiteke Osakidetzaren funtzionamendua, kudeaketa, gardentasuna, gobernantza ereduak, eraginkortasuna, antolaketa eta klientelismoa, kezka iturri direla.

Hori dela eta, Osasun Mahaiaren deialdiarekin abiatuko den hausnarketa eta eztabaida ezin da zentratu, historikoki Osakidetzak bere aurrekontuen memorietan edota egitasmoetan, zein plan desberdinetan egin dezakeen aktibitateen datuak ematera; Osasun datuak emanez, inguruko herrialdeekin alderatzera, bere eboluzioa aztertu gabe; edo biztanleriaren eboluzio demografikoa ikertuz zerbitzu zorro berri bat definitzera. Egiazki gure Osasun Sistema Publikoa eta batez ere Osakidetzak eraldatu nahi bada, herritarrek eta osasun profesionalak mahai gaineratu duten gainbehera irauli eta garai berrietara egokitzeko, errora joan behar da. Funtzionamendua, kudeaketa, indarrean den pertsonal politika, antolaketa, gobernantza ereduak eta abar aztertu behar dira kualitatiboki.

Halaber, behin diagnostikoa egin ostean, egon daitezkeen bisioak konpartitu beharko dira halaberharrez. Hots, guztiok ados bagaude ebidentziak dioenarekin, alegia, herritarren eta biztanleriaren osasuna eraikitzeke, osasunean asistentziaren eragina %15 dela, %20 biologioko-genetikoa dela eta gainerakoa, eta guztion osasunean eragin handiena duena, determinante sozio-ekonomikoak direla, gure Osasun Sistema Publikoa eraldatzerako orduan, begirada aldatu beharko da; gaixotasunaren artatzea oinarri duen funtzionamendu batetik, osasuna eraikitzen duen eredu batera iragan beharko gara. Gaixotasuna diagnostikatu, artatu eta jarraipena egiteko egitura sendo bat beharko da, zalantzarik gabe. Baina beti osasuna eraikitzeke bisio horretatik eta patologia artatze hutsetik haratago, egiazki herritarrak bere osotasunean artatuko duen eta herritarrekin parez-pare arituko den sistemara jauzi eginez. Osasun Sistema Publikoko erabiltzaileak izan behar ditugu ardatz, eta hori lortu ahal izateke Osasun Sistema Publikoko langileak ere zaindu behar dira; sistemaren ber-humanizazioa ekarri behar duten osasun politikak inplementatuz. Hau da modu bakarra, hainbestetan aipatzen den osasun eskubidea bermatzeko eta unibertsaltasuna zein ekitatea lortzeko.

Urtetan saiakera serioa egon da, neoliberalismoaren helburuei jarraiki, osasunean ez dela politikarik egiten irudikatzeko, kontu tekniko soil bat izango balitz bezala azaldu eta teknokrazia gailentzeko. Eremu instituzional politikoaren eta osasun langileen arteko funtzioak nahastu nahi izan dira. Baina gainerako esparruetan bezala, osasunean ere politika egiten da. Argi izan behar da, alde instituzional eta politikoa ez dela sartzen erabaki medikoetan, baizik eta bere funtzioa dela ahalik eta baldintza egokienak ahalbidetzea, egunerokoan osasun arloan herritarrekin lanean ari direnak erabakirik egokienak har ditzaten, eta arta onena eman dezaten. Hortik, politika egiteko kulturaren transformazio beharra eta guztien parte-hartze eta inplikazio beharra eta guztien parte-hartze zein inplikazio beharra; bakoitza bere funtzioetatik, baina guztien

ikuspegiak kontutan izanez. Norabide horretan, Osakidetza, herritarrek eta profesionalak definitutako sustapena, prebentzioa eta asistentzia egitera bideratutako erakundea bilakatzea ezinbestekoa da.

Beraz argi dugu, itunaren lanketarako konfidantzazko eta elkarlanerako espazioak eraikitzeaz gain, gardentasunez jokatzeko ezinbestekoa izango dela, Osasun Sistema Publikoko eragile, langile, herritar guztien aitortzatik, elkarlana garatzeko bitartekoak artikulatuz. Ezinbestekoa izango da eztabaida patxadatsua ematea, gutxienez agerian dauden bi osasun ereduen inguruan egon daitezkeen desberdintasunak azaleratuz, egon daitezkeen korapiloak askatuz eta ahal den heinean adostasunak bilatuz, elkarlanean, herritarrei erantzun eraginkorrak emateko.

Hasteko, ezinbestekoa izango da oinarrizko diagnostiko bateratu eta adostu bat egitea; izan ere, oraindik ere, nabarmena baita diagnostikoan ez gatzela bat. Zehaztu behar da non dauden adostasunak eta desadostasunak, ondoren ahalik eta neurri egokienak eta eraginkorrenak ezarri ahal izateko.

1.2.-ITUNA ZERTARAKO, ZERGATIK

Eragile desberdinekin itun bat adostea beti da positiboa. Baina ituna bera ez da helburua. Itunak tresna izaten dira, eraginkorrak bilaka daitezkeenak, erantzun behar duten egoerari erantzuteko neurri egokiak jasotzen badituzte eta indarrean sartzen badira, sartu beharreko epean. Indarrean diren gainerako tresnak – Osakidetzako Mahaia, Legebiltzarra- bezala, eta bakoitzak dituen arduretatik.

Halaber, sortu den Osasun Mahaia lanerako espazio bat izatea, ekarpena egiteko espazioa izatea lortzen bada, jada urrats handia izango da. Osasun arloak duen

konplexutasunarekin, egon daitezkeen eredu eta begirada desberdinekin, dituen eragile anitzekin, egon daitezkeen helburu desberdinekin eta baita interesekin ere, ez da erraza izango guztiok itun batetara iristea. Beraz, egongo dira arlo batzuek edo neurri batzuk ados egongo garenak, eta beste batzuek aldiz ez, eta guzti hori naturaltasunez kudeatzen jakin behar dugu. Gardentasunez jokatzu. Baina hori ez litzateke kezka iturri izan behar.

Guztion kezka iturria, herritarrei eta osasun profesionalei eraginkorrak izango zaizkien neurriak erdiestea izan beharko litzateke, bai Osasun Mahaian, bai Legebiltzarrean, gobernuan zein Osakidetzako Mahaian. Eta berandu goaz.

Halaber, Osasun Mahaia abian dagoen bitartean, gobernuak bere ardurak asumitzea eta neurriak hartzea eskatzen du, orain arteko politikak irauliz eta egiturazko neurrietara sartuaz.

Beraz, ituna, Osasun Sistema Publikoa eta batez ere Osakidetzako egoera honetara ekarri dituzten kausak azalerazi, aztertu eta horri aurre egiteko neurriak aztertzeke izan beharko litzateke, zeren bestela Osakidetzako egoerak bere horretan jarraituko du eta herritarrek jarri dituzten espektatibak ez betetzean, jada publikoa den haserrea areagotzea besterik ez du ekarriko. Mahai hau deitu bada, alde batetik, osasun profesionalek elkarte, sindikatu desberdinen bidez adierazi duten haserrea eta kezka areagotu delako da; herritarrek Osakidetzak eskaintzen duen zerbitzuarekin kezka, ezinegona dute, azken urteotan areagotzen joan dena eta erakunde desberdinek dituzten ebaluazio instrumentuetan azalarazi dena, arestian aipatu dugun bezala.

Horregatik, balizko itunaren prozesuaren eztabaida markoa ondo zehaztu beharra dago. Prozesua ezin da diluitu eta eztabaida ezin da desbideratu. Osakidetzako,

funtsezko bitartekoa dugu, eta ezinbestekoa da Osakidetzak dituen egiturazko arazoen inguruan diagnostiko on eta zorrotz bat egitea. Halaber, guzti hori herritarren eta kolektiboaren osasun eraikuntzaren begiradatik aztertu beharko da, ebidentzia eskutan hartuta, baina ebidentziaren atzean dauden presio taldeak, industriak izan ditzaketen presioak ekidinez. Osakidetzak izan beharreko begirada zein izan behar den argituz. Horrela, osasuna politika guztietan txertatzearekin batera eta osasun determinanteetatik lan egitearekin batera, Osakidetza bera osasuna eraikitzekeo tresna bilakatzeko ere, eta ez soilik gaixotasuna artatzeko.

Diagnostiko on-partekatuaren beharra

-Galdera nagusi hauei erantzun behar zaie:

-Nola iritxi gara egoera honetara?

-Zein da gaur egungo egoera, eta egoera horretara iristeko arrazoi nagusiak.

2.-OSASUN SISTEMA PUBLIKOAREN EGITURA

2.1.-Osasun Sailaren Misioa eta Funtzioak

Osasun Sailaren egitekoak eta funtzioak legegintzaldi hasiera bakoitzean dekretuz zehazten dira (txosten hau idazten ari garenean, azken dekretua dugu 116/2021 DEKRETUA, martxoaren 23koa, Osasun Sailaren egitura organikoa eta funtzionala ezartzekoa <https://www.legegunea.euskadi.eus/eu/eli/-//eli/es-pv/d/2021/03/23/116/dof/eus/html/>).

Osasun Sailaren MISIOA, kolektiboaren osasuna sustatzea, zaintzean datza. Herritar ororen osasun eskubidea bermatzea. Horrela, herritar orori, dena delarik bere bizilekua, generoa edo maila sozioekonomikoa, ekitatez Osasun Sistema Publikora sarbidea erraztuz eta garaiz ziurtatuz; osasun egoeraren jarraipena bermatzearekin batera. Osakidetza osoan zehar herritarrek ezagutuko duten ibilbidea -osasun profesional eta herritarrekin definitu beharko litzatekeena- definituz. Eta horretarako dituen tresna nagusiak, Osakidetza eta Osasun Publikoko zuzendaritza dira. Eraginkortasunez, funtzio horiek betetzeko gainerako egituraz baliatuz, planifikatzeko, politikak definitzeko eta finantziazioa bideratzeko.

Osasun Sailak guzti hori, batez ere Osakidetzarekin exekutatzen du. Bien artean garatzen dituzte bereziki misiotik eratorritako funtzioak.

Misioa garatzeko, egituratua dagoen sistema pertsonari begira egon beharko litzateke eta pazientea izan beharko litzateke ardatza, baina ez da horrela. Pazientea egokitu behar izan da sistemaren antolakuntzara. Zerbitzuen antolakuntza hierarkikoa sustatzeak, profesionalen kategorien artean mailaketak egiteak, eta Lehen Arreta eta ospitalarioaren arteko distantzia areagotzeak, Osakidetzan sarbidea eta ibilbidea oztopatu ditu. Bestetik, Osasun Saitetik urteetan ezarri diren politikek Osakidetzaren egitura murriztu dute, eta guzti honek ez du lagundu pazientearen erdigunean kokatzea.

Gaur da eguna, Osakidetzara sartzeko zein Osakidetzan bertan frogaren bat egiteko, espezialista baten kontsultara sarbidea lortzeko edota kirurgia bat egiteko dauden itxaronaldi luzeen kausa printzipala, herritarren demandari, biztanleriaren zahartzeari eta COVID 19 ari leporatu nahi zaiena.

Baina ahaztu egiten da, urteetan zehar Osakidetzarako sarbide atean gero eta filtro gehiago jarri direla, Lehen Arretako taldetik bertatik ez direla kudeatzen; edota indarrean dagoen pertsonal politikak, kontratazio ereduak ekarri duen mugikortasunak, ebentualitateak Osakidetzarekiko profesionalen atxikimendurako zailtasuna sortu eta Osakidetzaren bizkar-hezurra den plantilla mehetzea ekarri dutela.

Guzti horrek ondorio zuzenak izan ditu herritarrek Osakidetzarekin duten esperientzia eta bizipenen ondorioz egiten joan diren pertzepzioan. Urteetan, osasun profesionalak euren gain-esfortzuari esker lortu dute, herritarrek Osakidetzarako sarbidean eta ibilbidean esperientzia ona izatea. Baina horrek muga bat izaten du eta lan baldintzak, antolakuntza neurriak eta pertsonal politika ez aldatzean, ezin izan dute profesionalak euren gain-esfortzuari esker Osakidetzaren egitura mantendu. Beste kontu bat da, eta azpimarratu behar da, herritarrek osasun profesionalengandik jasotzen duten arta ondo baloratzen dutela oro-har eta estimatua dutela. Baina Administrazio publikoko ezen egitura ezin da langileen ahalegin subjetoan oinarritu, eta dokumentu hau ez da horri buruz, baizik eta osasun profesionalak baldintza egokietan lan egiteko antolakuntzaz, gobernantzaz, planifikazioaz eta osasun politikez.

Beraz, herritarren demanda eta biztanleriaren zahartzeak ekarritako gaitzaren argudioari heldu eta herritarrei kontu eskatzea eta herritarrei errua leporatzea ez da bidezkoa. Urteetan politika neoliberalak harturiko pixuaren ondorioz, kontsumoa sustatu da, baita osasungintzan ere, besteak beste pribatizazioan sakontzeko helburuarekin; era berean ez zaio apenas osasun sustapenari eta osasun heziketari heldu, eta herritarra ez da erabaki ahalmena eta irizpideak dituen kide gisa artatu. Urteetan, edozertarako herritarrak medikuarengana joatea, medikuari kontsulta

egitea bultzatu da, herritarra ahaldundu beharrean. Beraz, Osasun Sailaren misioa garatzerakoan elementu guzti horiek kontutan hartu behar dira.

Osasun Sailaren funtzioak exekutatzekoan, ezinbestekoa izango da eremu pribatuarekin izan beharreko harremana ondo definitzea, dauden interes gurutzatuak identifikatzea eta zein esparrutan ematen diren argitzea. Medikuntza pribatuak eta enpresa pribatuak bere jardun eremua dauka, zilegitasun osoz. Baina Sistema Publikoaren interesak eta pribatuarenak ez dira berdinak. Eta Osasun Sailak eta Osakidetzak indarrean dituzten hainbat kudeaketa praxik Osakidetza ahultzea ekarri dute, pribatuaren mesedetan eta pazientearen arta kalitatearen kaltetan. Osakidetzaren eraginkortasuna ahuldu dute, interes gurutzatuak izatean. Hona adibide batzuk: kirurgiak pribatura deribatu eta egin osteko jarraipena egiteko arazoak; itxaron zerrendak pribatuan murriztean dira eta Osakidetza ez da indartu, arazoa konpondu ez delarik. Aurrerago, pribatizazioaren atalean sakon aztertuko dugu gaia.

2.2.-Antolakuntza eta Organigrama

Osasun Saileko eta Osakidetzako organigramen egituraketak eta hierarkiak ideia bat ematen digute alor bakoitzak duen pisuaz eta egunerokotasunean ari diren osasun profesionalengan eta euren lan baldintzetan duen eraginaz. Oso nabarmena da, organigraman, lege arduradunek, arduradun ekonomikoek, arduradun informatikoek eta giza baliabideetakoek erabaki eta mugatzen dutela osasun sustapen, prebentzio eta arta. Egunerokoan ari direnek dituzten beharrak oso azaletik pasatzen dira eta arta prozesuak ez dira kontutan hartzen Osakidetza horren arabera antolatzeko, pertsonala bideratzeko edota politikak definitzeko. Sustapena, prebentzioa eta asistentzia jarri behar dira erdigunean eta gainerako zuzendaritzek

hauek bideratzeko bitartekoak zuzkitu behar dituzte. Jakinda baliabideak finituak direla, baina era berean jakinda Osakidetza ezin dela kudeatu lur-jota dagoen erakunde gisa, bat-batekotasunean; jakin behar da legeak eta arauak egunerokotasuna erraztera bideratu behar direla eta ez orain arte bezala egunerokotasuna zaildu eta burokratizatzeraz; eta aldatu daitezkeela. Era berean kontziente izan behar dugu asistentzia ezin dugula dagoen sistema informatikoaren arabera egokitu, baizik eta sistema informatikoa egokitu behar dela osasun profesionalen eguneroko lana arintzera.

Horregatik, bikoizketak ekiditea, zereginak ondo antolatzea funtsezkoa izango da, Osakidetza herritarrek eta profesionalak definitutako sustapena, prebentzioa eta asistentzia egitera bideratutako erakundea bilakatzeko. Herritarrek euren arta prozesuetan duten esperientzia jasotzea ezinbestekoa da, berau hobetzeko.

- Osasun Saileko Organigrama: <https://www.euskadi.eus/osasuna/xiii/web01-s2osa/eu/>
- Osakidetzako Organigrama: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/osakidetzako-zerbitzu-erakundeen-organigramak/webosk00-tbgcon/eu/>

Osasun Sailaren eta Osakidetzaren arteko harremanak, funtzioak eta lan egiteko moduek errebisio bat eskatzen dute, Osasun Sailaren eta Osakidetzaren arteko azken urteotako bilakaera eta harremana ikusita; baita Osakidetza eta ESI-en arteko harremana ikusita ere.

Bi fenomeno kontrajarri ikusi ditugu: alde batetik, Osasun sailetik ez zaio autonomiarik eman Osakidetzari, eta erabaki guztiak Osasun Sailean zentralizatu dira, baita

eguneroko kudeaketarekin loturikoak ere; beste alde batetik, kudeaketa privatizatuta duten zerbitzuetan, izan Osasun Saitetik kontratatutakoak zein Osakidetzatik kontratatutakoak, jarraipena eta kontrol publikoa lausotu da eta utzikeria egon da.

Beraz, bakoitzak bete beharreko funtzioen arteko nahasketa egon da, Osakidetzako zuzendaritza desagertzeraino. Joera hau ba zetorren 2012tik. Hori ikusita, honako hau da egin beharreko galdera: horretarako behar dugu Osasun Saitetik desberdindua egongo den, izaera juridiko propioa eta berezitua izango duen entitate bat? Gauza bat da 255/1997 dekretuak, azaroaren 11koa, «Osakidetzak–Servicio vasco de salud» Ente Publikoaren Estatutuak ezartzen dutena (8/ 1997, ekainaren 26ko lege bidez eraturikoa). Baina beste bat da, eguneroko kudeaketak eta gobernantzak nora eramán duen. Ez da gure helburua Osakidetzaren desagitea planteatzea. Baina ezinbestekoa da, egunerokotasunarekin loturiko kudeaketa, gobernantza eta autonomia ereduaren inguruko hausnarketa, lehen lerroan ari diren profesionalen eta bulegoetan dauden eta politikak definitzen dituztenen arteko arrakala murrizteko.

Teorian, eta organigramaren arabera, Osasun Sailak funtzio bat izan beharko luke eta Osakidetzak beste bat (teorian hala da, baina ez praktikan). Gogoratu, Osakidetzak zuzenbide pribatuko erakunde publikoa dela eta teorian Osasun Sistema Publikoa modu arinagoan eta dinamikoagoan kudeatzeko sortu zela, bertako pertsonala Estatutarioa izanik. Baina ematen du, ente horren sorrera gehiago izan dela privatizazioan sakontzeko, osasun profesionalen lan baldintzen deserregularizaziorako eta kontrol publikoari ihes egiteko.

2.3.-Gobernantza

2.3.1.-Osakidetzaren izaera

- Oso erakunde itxia. Batez ere, mediku eta erizainen ardatzean antolatu dena, nahiz eta azken urteotan, eman zaizkien ardurengatik, administrariak pisua hartzen joan diren. Baina historikoki, Osakidetzaren funtzionamendurako beharrezkoak diren gainerako kategoriak (salbuespena COVID-19 pandemian izan zen, non beharrezkoa ikusi zen guztien beharra) ez dira aitortu eta gutxietsi dira. Horren ondorioz, urteetan kategoria horiek bete beharreko zereginen kudeaketa kanporatzen eta enpresa pribatuen esku uzten joan da. Horrek, ospitale berean kategoria eta zeregin beretan kudeaketa publikoko eta pribatuko pertsonala izatea ere eragin du eta baita diskriminazioak areagotzea ere, lan berdina egiten ari diren langileen artean. Hor ditugu: garbitzaileak, informatikariak, mantenimendukoak, elektromedikuntzakoak, sukaldeko langileak, radiodiagnostikoko teknikariak, eta abar.

Esanguratsua da osasunaren eraikuntzan, osasun determinanteak diren eta garrantzitsuak diren zerbitzuen kudeaketa, Osakidetzak nola kanporatu izan dituen ikustea. Adibidez, elikadura funtsezkoa da, baina ikusten dugu nola ospitaleetako sukaldeen kudeaketa kanporatzen den.

- Ez dago ekipoa lan egiteko kulturarik. Kategoria eta espezialitate bakoitzeko pertsonala oso bereiztuta eta hierarkizatua dago, bakoitza bere arduradunekin. Ez du zentzurik bakoitzak bere arduraduna eta koordinatzailea izatea. Eta oraindik ere, oso modu korporatiboan bere

arduraduna izatea eskatzen jarraitzen dute. Horrek ez du laguntzen, pazientea erdigunean izaten.

- Halaber, ez dira gehitu Osasun Sistema Publikoak osasun eraikuntzarako beharrezkoak dituen eta eremu sanitariotik haratagokoak diren profesionalak: biologoak, gizarte langileak, terapeutak, matematikariak, ikerlariak, kudeatzaileak, ekonomilariak, informatikariak, ingeniariak, soziologoak, psikologoak, hezkuntza eta kiroleko profesionalak, nutrizionistak, fisioterapeutak, bioteknologoak, odontologoak, prodologoak eta abar. Eremu sanitarioko fakultatiboen eremu itxi gisa kudeatu da. Osakidetzan gailendu den begiradaren ideia bat ematen du, patologian oso zentratua egon dena eta ez hainbeste pertsonaren artean integratzen. Lanpostu funtzionalen dekretu oso zaharkituarekin, zurrunarekin, aurkitzen gara, Osakidetzak gizartearen premiei egokitzen joatea eta dauden beharrak modu integratuz erantzuten laguntzen ez duena. [186/2005 DEKRETUA, uztailaren 19koa, Osakidetzak-Euskal Osasun Zerbitzua Zuzenbide Pribatuko Entitate Publikoaren Lanpostu funtzionalak arautzen dituena](#). Unibertsitatea gradu berriak ateratzen joan da, ebidentzia zientifikoak egunerokoari aurre egiteko eta datozen aurrerapenak txertatzen joateko profil berrien beharra agerian utzi du; baina Osakidetzak zailtasunak ditu dauden inertzia guztiak iraultzeko eta konfort egoera korporatibotik ateratzeko.
- Osakidetzak asistentzia emateko sortu den erakundea da.
- 23-25 plan estrategikoak honako xedea definitzen du: Osasun-arreta ematea EAEko herritarrei, modu integratuz, osasunaren sustapenetik, bai

eta gaixotasunaren prebentziotik eta arretatik ere, osasunean emaitza onenak bilatzeko.

- Xedea arreta ematea den arren, Zuzendaritza nagusian eta ESletako zuzendaritzatan asistentzialak ez diren zuzendaritzek agintzen dute.
- Zerbitzuburu batek beste ESI batean dagoen profesional bat behar badu eta profesional horrek ESI horretara joan nahi badu, giza baliabideetatik zigortu egingo dute interinitatea hausteagatik.
- Zerbitzuburu batek haurdun dagoen profesional bati lanpostua egokitu nahi badio baja hartu ez dezan, profesional horren hasierako lanpostua ez dutela ordezkaturako esaten diote goitik zerbitzu buruari. Nahiz eta behar erreal badagoen profesional horrek gaixoak ikusteari utziko diolako. Zerrendatan profesionalik ez badago, ez dago egokitzapenik eta ez ordezkapenik.
- Sistema informatiko batean, kudeaketa egin ahal izateko datuak sartu eta lortu nahi badira, ezin da. Ez dago horretarako pentsatua.
- Legeak eta arauak ezinbestekoak diren arren, hauek asistentziara moldatzen joan behar dute, eta ez alderantziz. Zuzendari asistentzialek egindako proposamenen aurrean, hauen beharren aurrean, gainerako zuzendariak egin behar dute proposamen eta behar horiek ahalbideratzeko ahalegina. Ezinezkoa da bestela Osakidetzaren xedea betetzea.

2.3.2.-Harremanak

- Herriko, auzoko gainerako erakunde eta komunitatearekin harreman gutxi izan du, nahiz eta bere garaian bazuen ikastetxeekin lan egiteko osasun eskola programa. Baina programa hau bertan behera geratu zen. Lehen Arretak izan dituen inertiengatik, baliabide eskasiengatik, profesional gabeziengatik, lan baldintzengatik, beste asistentzia mailetatik eman dizkieten lan zamengatik eta autonomia gabeziengatik, oro har ez du gaitasunik izan, tokian tokiko erakunde, eragile, herritarrekin elkarlanean osasun sustapena garatzeko. Nahiz eta zenbait eremuetan praktika onak ba dauden, hala nola herritarrekin sortutako lan taldeak edo formazio saioak. Hauek ordea, salbuespenak izan dira, zenbait osasun ekipok egindako gain-efortzuari esker garatu direnak eta ez baliabideak doitzuz sistemak egituratu dituenak. Hau guztia, nahiz eta administrazioak teorizatuta izan eta dokumentuetan jasota egon. Hor ditugu adibidez, tabakismoari aurre egiteko programak; mugiment plana, zeinaren bidez, Osasun Publikoko lurralde ordezkariak eta eskualde mailako unitateetatik orientazio zerbitzuak ezartzen ari diren, edo “paziente bizia” programaren bidez garaturiko tailerrak. Baina arlo hau, Osakidetzak, nolabait, hirugarren sektorean dauden gaixotasunen elkarrengan delegatua daukala esan daiteke.

Osasungintzan gaixotasun zehatzen inguruan antolatzen diren elkarte gehienak Estatu Espainiarreko elkarten delegazioak dira. Osasun Sailarekin duten harremana, batez ere, diru laguntzen bitartez zehatzen da, nahiz eta gaixotasunen inguruan egon daitezkeen hausnarketa-gune edota planen erredakzioetara deituak izaten diren edota kontseilu batzuetan

parte hartzen duten euren iritzia emanez. Halaber, hainbatetan ikusi dugu, elkarte horiek farmazia industriaren aholkularitzaz ere mugitzen direla, foro desberdinetan hainbat neurri sustatu ahal izateko. Baditugu farmazia industriaren fundazioak ere, zeinak osasun politika publikoetan eragiten saiatzen diren.

Ez dago gardentasunik, trazabilitaterik, ezta mekanismorik ere, administrazio publikoak - Osakidetzako profesionalek, Osasun Sailak edota Legebiltzar taldeek- farmazia industriarekin izan ditzaketen harremanak identifikatu ahal izateko.

- Osasun Agintariek ezarritako gobernantza ereduak asistentzia ereduak markatu du: pazienteak medikuarena da. Hau da, pazienteak ez da herritar bat bere osasunari dagozkion erabakiak har ditzakeena. Hala ere, azken urteotan, gizartearen bilakaeraren ondorioz, hau ere aldatzen doa. Gizartearekiko ezarritako komunikazioa eta indarrean sartu dituzten politikak ikusita, ardura postuetan dauden agintarien mentalitatea norabide horretan eraldatzen doan, zalantzak ditugu.
- Erakunde Sanitario Integratuak ofizialki eratu zituen dekretuan, "100/2018 uztailaren 3koa, Osakidetzaren Euskal osasun zerbitzua ente publikoaren erakunde sanitario integratuei buruzkoa", III. Kapituluaren Parte-hartze organoak arautzen dira bai Osakidetzaren barrura begirakoak eta baita kanpora begirakoak ere, baina apenas ez dira garatu eta garatu diren kasuetan oso modu burokratikoan izan da.

- Osasun Sailari atxikitako kide anitzeko organoak ba ditugu, horietako asko erakunde- artekoak direnak, ordezkari-tza instituzionalarekin osatzen direnak. Bestalde, gaixotasun edota lan eremu bati loturiko aholku kontseilu teknikoak ditugu, prestigio handiko aritu eta adituekin eratzen direnak. Komenigarria litzateke hauen funtzionamenduaren inguruko hausnarketa bat egitea, kontseilu bakoitzaren egitekoak kontutan hartuaz. Ea iraunkorki eratuak egon behar diren, edota gai zehatzen inguruan, gaiaren arabera elkartuko ditugun horren inguruko lanketak eta erabakietan laguntzeko, Nafarroan egiten den bezala. Gobernuak hartutako erabakiak ofizialak egin aurretik, horiek informatzera eta berrestera bideratzen diren organo burokratiko hutsak izan ez daitezzen eta eztabaidarako zein egon daitezkeen zalantzak eta politika eraginkorrek erdiesteko baliagarriak izan daitezzen. Hor ditugu besteak beste, txertoen aholku batzordea, Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua, Adikzioen Erakundearteko Koordinazio Batzordea edota aholku batzordeen artean, Lehen Arretako aholku batzordea, eta abar.

2.3.3.-Izendapenak

- ESI-ko zuzendaritzak behatzez izendatzen dira, 8/1997 Euskadiko antolaketa sanitarioko dekretuak 27. artikuluan jasotzen duen bezala, konfiantza politikoan oinarrituta, egin beharreko deialdi publiko baten bidez. Urteetan pertsona berberak izan ditugu ESI batetik bestera pasatuaz. Gobernuan dagoen kolorearen arabera egin dira izendapenak, kolore horretako herritarrak aukeratzea lehenetsi baita, kudeaketan formatuak eta esperientziadunak edota ESI-an errotuak dauden profesionalen ordezkariak. ESI-ko kudeaketa zuzendaritzak ez dira proiektu

baten baitan aukeratu, eta ez da kontu emateko mekanismorik, ebaluaziorik egon. Teorian, egon badaude kontratu programak, bestelako kontu emate mekanismo informalagoak, baina ez da egiazko kontu ematerik gauzaten, ez Osasun Sailarekiko, ez ESI-ko profesionalekiko, ez eta herritarrekiko ere. Konfiantza politikoaren baitan eta tramite burokratikoaren baitan funtzionatzen da. Beraz, lortu beharreko emaitzak zeintzuk diren, plan desberdinen betetze maila edo funtzionamenduan egon daitezkeen kudeaketen jarraipena, barne mailako kontu gisa geratzen da.

- Izendapenak egiterakoan, kontutan hartu beharreko araudia dugu, 186/2005 dekretua, uztailak 19koa, lanpostu funtzionalak arautzen dituen eta 255/1997 dekretua, azaroak 11koa, Osakidetzako estatutuak ezartzen dituen.
- Ondorengo estekan ikus daitezke hainbat izendapenen inguruko deialdi, kargu-uzte edota ebazpenak:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/convocatorias-jefaturas-2024/webosk00-procon/es/>
- Hamarkadetan EAJ-k izan duenez Osasun Sailaren ardura, bere konfiantzazko herritarrak hautatu ditu arduradun gisa, kudeaketarako ezagutza eta gaitasuna lehenetsi ordez. Agerian geratu zen nola jokatzeko den goi arduradunak aukeratzeko orduan. PSE-EEK Lehendakaritza hartu zuenean, bere konfiantzazkoak jarri zituen eta berriz EAJ itzuli zenean, bereak jarri zituen. Kontziente gara, osasun begirada eta eredu desberdinak egon daitezkeela eta bakoitzak bere irizpideak eta eredia

garatu nahi duela. Baina hori jakinda, ardura guztietan horretarako prestatuenak eta gaituenak diren profesionalak behar ditugu, lagunkeria eta klientelismoa alboratuta. Osasun Sistema Publikoaren interes gorena, interes orokorra defendatuko dutenak izan behar dute, interes gurutzatuak izango ez dituztenak. Izan ere oso ohikoa baita, Osasun Sistema Publikoan ardura postuak izan dituztenak, behin horiek utzita osasungintza pribatura pasatzea, eta alderantziz, eremu pribatuan ari direnak Osasun Sistema Publikoko eta Osasun Saileko goi arduretan jartzea.

- Halaber, ESI-etako goi gerentziez gain, badira beste hainbat ardura ere, zuzendari eta zuzendari-orde medikuak, osasun zerbitzuetako buruak, giza baliabideen gainbegiraleak eta abar, bai gerentzien ekipoetan, bai eta ospitaletako zerbitzuetan ere, non arduradunak aukeratzeko ere deialdi publikoen bidez egiten den, aginduen bidez deialdia eginez. Aipaturiko ardura postuak, tartekoak dira, baina hauek aukeratzekoan ere ez da proiektua kontutan hartzen; prozesuak ez dira gardenak eta izendapenak hala-moduz egiten dira, nahiz eta deialdia egin. Izendapen askeak dira. Hautaketa estatutarioen artean egiten da. Beraz estatutario finkoa izan behar zara aurretik.
- Bada hausnarketa bat egin beharrekoa, kudeatzaile eta ardura postuetan izan behar ditugun profilen inguruan. Kudeaketarako formazio gabeko jendea etengabe arduretatik biraka ikusi dugu. Ardura desberdinetan sanitarioak ez diren profesionalak ez dira kontutan hartzen. Sanitarioa izateak ez du esan nahi kudeaketarako pertsona baliagarria izan daitekeenik. Osakidetzak ez du EHU-rekin kudeatzaileak formatzeko eta prestakuntza iraunkorra emateko bitartekorik eta ibilbiderik.

- Kategoriaka arduradunak izateak ere ez du zentzurik. Ekipoka izan beharko litzateke. Pazienteei, euren ibilbideak, arta eta tratamenduak erraztu egin behar zaizkie, alde batetik bestera bueltak ematera behartu beharrean. Halaber, badira hainbat funtzio nork egin behar dituen errebisatu beharko liratekeenak, eraginkortasunean irabazteko. Adibidez, erizain gainbegiraleak karteldegiak egiteko behar ditugu? Ez ote da egokiagoa, karteldegiak egiteko informatikari edota kudeaketan arituak diren profesionalak izatea, eta erizainak euren formazioari dagozkion funtzioak egitea? Gauza bera medikuen kasuan. Medikua ona izateak ez du esan nahi kudeatzaile ona izango denik. Itxarote zerrendak pribatuan lan egiten duen medikua den zerbitzuburu berak antolatu behar ditu? Osakidetzan ardurak dituenak, pribatuan lan egin dezake? Interes publikoak eta pribatuak interes berberak defendatzen dituzte?
- Osakidetzako Zentrala (administrazio orokorra) ahul dago. Osakidetzan ezagutza duten profesionalekin indartu beharko litzateke. Erakundea oso ondo ezagutzea eskatzen du, bertoko kudeaketan aritzeko, eta momentu honetan arazo handiak daude. Alde batetik, behin behinekotasunak, bestetik jubilazioak eta belaunaldi aldaketa ez planifikatzeak ahulezia egoeran utzi ditu. Indarrean den funtzionariotza ereduak, Jaurlaritzako administrazio publikoko sailen arteko mugimenduak eta leku aldaketek ez dute laguntzen. Osakidetzak singularitasun berezia dauka. Halaber, belaunaldi aldaketa bat ematen ari denez, komenigarria da urteetan eraikitako ezagutza ez galtzea eta belaunaldi aldaketa behar bezala bideratzea.

2.4.-Osakidetza: ESI-ak

- Osakidetza gaur egun 100/2018 dekretuaren bidez ESI-ka antolatzen da. Bidasoaldean pilotajea egin ostean Osakidetza osoan modu progresiboan ezarri zen. Teorian antolaketa mota hau lehen arreta eta ospitaleen artean integrazioa errazteko eta lortzeko omen zen. Baina arreta, elkarlanean eta horretarako beharrezkoak diren lan erduetan jarri ordez, ospitaleen kudeaketan egon da. Paperean ideia polita iruditu arren, praktikan izan duen garapena ez da egokia izan. Antolaketa eredua aldatu arren lan egiteko moduak ez badira aldatzen zaila da bilatu nahi zen helburua lortzea. Halaber, Osasun Sailaren aurrekontuetan ESI-en aurrekontuak ditugu zehaztuta eta Lehen Arretaren zuzkidurak ez dira bereizita ageri, Osasun Sailak Legebiltzarrera 2022ko apirilak 8an igorritako erantzunean berresten den bezala (12/10/05/03/01327-1903 espediente zenbakia duen ekimenean). Beraz, ez dago gardentasunez jasota Osasun Saitetik Lehen Arretara bideratzen den finantziazioa. Halaber, argi izan behar dugu dena ez dela finantziazio kontua, baizik eta ditugun bitartekoak nora bideratzen diren eta nola kudeatzen diren garrantzitsua dela.

Dena ESI-ka egiten da. ESI-ko aurrekontu barruan jasotzen da dena, kontratu programa bidez. ESI bakoitzak kontratu programaren bidez bete beharreko adierazleak ditu, baina praktikan sistema burokratiko batean bilakatu da.

Osakidetza barruan ESI desberdinak ditugu.

- Gipuzkoan: Donostialdeko ESI / Bidasoaldeko ESI / Urola Garaia –Goierriko ESI / Debabarreneko ESI / Debagoieneko ESI/ Tolosaldeko ESI mixtoa dugu –publiko-pribatua-
 - Araba: Arabako ESI / Araba Errioxako ESI
 - Bizkaian: Barrualde –Galdakao ESI / Bilbo – Basurto ESI / Uribeke ESI / Barakaldo – Sestao ESI / Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta / Santa Marina eta Gorniz: ez dira ESI-ak baina izaera berezia dute.
- Horrez gain, Emergentziak ESI-a ere badugu, lurralde bakoitzean banatua eta bere errekurtsoekin. Lurralde bakoitzean koordinazio zentroa dugu eta baita bizi euskarri aurreratuak eta oinarritzkoak ere. Bizi euskarri aurreratuak kudeaketa publikokoak dira, Tolosa eta Elgoibarrekoa salbu. Eta Oinarritzko Bizi Euskarriak kudeaketa azpikontratatuak dute (loteetan eta herrialdeka banatzen da). Araba eta Bizkaia: La Pau enpresak dauka eta, Gipuzkoa: Anbulancias Gipuzkoak. Emergentziak ESI-a atal berezitu baten landuko dugu.
 - Halaber, nahiz eta lurralde guztientzat antolakuntza bera izan, lurralde bakoitzak bere berezitasunak eta ezaugarriak ditu, antolakuntzaren exekuzioan desberdintasunak ondorioztatuz. Datuei begiratuta, orain arte lurralde kohesionatuena eta herritarrekiko hurbilena Gipuzkoa izan da. Baliteke, Gipuzkoan ESI-ak eskualde naturaletan egituratuak egoteak lagundu duela. Baina azken urteetan poliki-poliki kohesio hori galtzen joan da, indarrean dagoen pertsonal politiken ondorioz eskualdetako ospitaleko

profesionalen ihesa areagotu delako, zenbait lanpostu lurraldeko erreferentziako ospitalean zentralizatu direlako edota hainbat zerbitzu eskualdetako ospitaletatik murriztu edota kendu direlako. Azken urteotan, eskualdeko ospitaleen hustuketa bat bizi izan dugu zerbitzu eta profesionalen dotazioari dagokionean. Ez dakigu Osasun Sailak eskualdeko ospitaleak ber-formulatzeko egitasmo bat izan duen edo duen. Eztabaidak mahai gaineratu dira, Debagoieneko ESI-an, Zumarragako ospitalean, Debabarreneko ESI-an eta Bidasoaldeko ESI-an.

- Bizkaian, ESI-en funtzionamendua gehiago oinarritu da eskualde ospitale izaera baino handiagokoak diren ospitaleetan sostengatuta, nahiz eta desberdintasun handiak egon ospitale batetik bestera. Barrualde-Galdakaoko ESI-ak zerbitzua eskaini behar duen lur eremua oso zabala da, dispertsio handikoa, eskualde oso desberdinak barne biltzen dituen bere baitan eta gainera, zerbitzu zorro ahul bat duen Usansolo ospitalean zentratuta. Era berean osasun etxe handi baten antz handiagoa duen Gernikako Bereizmen Handiko Zentro batekin eta gehienetan, medikalizatuak izan behar diren, baina mediku gabe aurkitzen diren Emergentziak ESI-ko bi anbulantzien laguntzarekin.
- Araba ESI-an planteaturiko plan funtzional berriaren ondorioz exekutaturako Txagorritxu eta Santiagoko ospitalen bateraketak hautsak harrotu ditu, ESI-ko osasun profesionalekin erabakiak eta prozesua ez adostean, lanpostuak murriztean eta San Martineko EAG ixtean, ondorio zuzenak izan dituelako Osakidetzako erabiltzaileengan eta Araba ESI-ko ospitaleko larrialdietan.

- Arabako landa gunetako antolaketan ere aldaketak egin nahi izan dira, ondo funtzionatzen duen antolaketa kolokan jarriaz.
- Araban hainbat udalerrri etxeko ospitaleratze zerbitzutik kanpo daude. Gainerako udalerrietako biztanleek bermatuta dutenean. Zehazki, Izarra (Urkabustaiz), Kuartango, Pobes-Erriberagoitia, Arabako Ibarrek I, Arabako Ibarrek II, Arabako Mendialdea, Urizaharra eta Okina eremuetan dauden udalerriak dira.
- Urteetan planteatu diren antolaketa aldaketak ez dira osasun profesionalekin eta langileen ordezkariekin adostuak izan. Ez dakigu biztanleriaren premiei erantzutera zetozen aldaketak zirenik ere. Izan ere, aldaketa guzti horiek egitea ondorioztatzen zuten azterketak faltan bota baititugu. Adibidez, Eibarreko ospitale berria, aurrekontu batzuen interes alderdikoei erantzutera etorritako erabakia izan zen eta ez, eskualdeak edo lurraldeak zituen beharrei emandako erantzuna.
- Teorian, mahai sektorialean hartzen diren akordioak edota Osasun Sailean onartzen diren planak eta politikak, ESI guztietan berdin garatu behar dira, baina desberdintasunak sortzen dira garapenean eta exekuzioan.

2.5.-Osatek

- Osatek S.A.: Osakidetzak sortutako erakunde publikoa da. 159/92 dekretuaren bidez sortu zena. Euskal Osasun Sistemari laguntza-zerbitzuak, -batez ere izaera korporatiboa duten zerbitzuak- edo ezarpena egiteko goi teknologiako prozedurak beharrezkoak dituztenak eskaintzea

eta hornitzea duena helburu. Batez ere, erresonantzia magnetikoa egitera dedikatzen dena. Gaur da eguna, Osakidetzak dituen zerrendetako langileak ez dutela aukerarik Osatek-eko azpiegiturak erabiltzeko, nahiz eta Osakidetzako zentroyen barrenean kokatuak egon; Osakidetzako langileen eta Osatek-eko langileen artean diskriminazioa sustatzen da eta gainera, Osatek-ek behar beste langile ez duelako, pribatura bideratzen ari direla probak egitera. Disfuntzio handiak ematen ari dira pazientearengan eraginez eta gainera diru Publikoaren erabilera ez egoki bat bideratzen ari da, pribatizazioan sakonduz. Hau guztia Osakidetzan funtzio horiek betetzeko langile publikoak ditugunean.

2.6.-Pertsonal Politika

- Pertsonal politikaz jardutean, bi eremu nagusi desberdinu behar dira, gutxienez. Alde batetik Osakidetzako pertsonala, estatutarioa. Eta bestetik, Osasun Sailekoa, funtzio publikokoa. Horrez gain, BIOEF eta Osatek ere izango genituzke, entitate bakoitzaren izaera kontutan hartuz, beste singularitate batekin eta beste araudi batekin.
- Osasun Publikoko eta adikzioetako pertsonalari dagokionean, Osasun Sailak 2023ko azaroan bidalitako erantzunean -12/10/07/02/03501-6062 ekimena- ondorengoa zela zehazten zuen:

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

- Osakidetzako plantillari dagokionean, ez dago Lanpostuen Zerrenda bat, gainerako sail edota entitateetan bezala. Bi plantilla erabiltzen dira: egiturazkoa eta funtzionala (egunerokoan lanean ari direnak). Hilero hilero informazio eskaria egiten dugu Legebiltzarrean, eta ikus daiteke, hilero ez ditugula pertsona kopuru bera lanean Osakidetzan, eta ez dela bakarrik

langileek izan ditzaketen eskubideen harira, baimen, lizentzia eta abarreatik, ez eta gaixotasunengatik ere. Informazio honen historikoa dago Legebiltzarrean, urteetan eta Legegintzaldi desberdinetan eginiko informazio eskarien ondorioz. Datu batzuek:

APIRILA 2024		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	53.968*	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

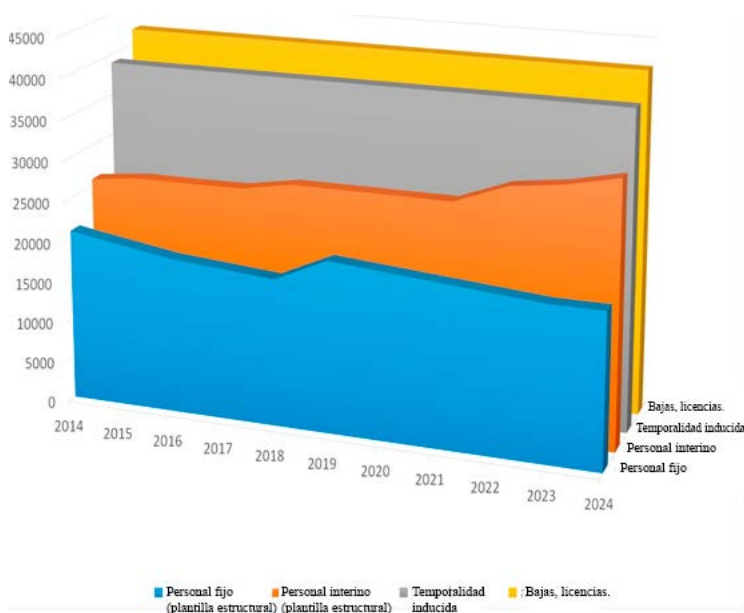
APIRILA 2022		
	Nominak	Pertsonak
% 100 Lanaldi osoa	40.209	36.348
% 50 Jardunaldi erdia	2.469	2.394
33,33 % Jardunaldi herena	1.044	949
Beste jardunaldi partzialak	3.628	3.384

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

- Osakidetzako Egiturazko plantilla, Osasun Sailak 2024ko abuztuan bidalitako informazioaren arabera -13/10/07/02/00129 ekimena-

Gobernu Kontseiluak, 2024ko otsailak 22an hartutako erabakiaren ondorioz - egiturazko plantilla 1431 plazetan areagotzea-, 32.442koa da eta hala jasoko da 2025ko aurrekontuetan.

- Baina Egiturazko lanpostuak 32442 izateak, ez du esan nahi guztiak profesionalengandik estalita daudenik.



- Finkoak ez dira 20.000ra iristen.
- Egiturazkoak: 32.442
- % 57ko behin behinekotasuna (laranja + grisa)
- EZ DA %8ko helburua beteko.

- Hemendik eta urtarrilera 7600 profesional egonkortuko dira eta horrek ekarriko du, finkoak 27.000ra igotzea.
- Urteetan, egiturazko beharrak behin-behineko lanpostuen bidez estali dira. Indarrean egon den kontratazio ereduaren tenporalitatea sustatu du eta horrek ekarri ditu, mugikortasuna, prekarietatea, profesionalizatorako zailtasunak eta jarraikortasuna apurtzea.
- Bi plantillen –egiturazko eta plantilla funtzionala- erabilera interesatu bat egin da, Osakidetzak zituen behar estrukturalak eta zegoen tenporalitatea ezkutatzeko. Eta guzti horrek ez du lagundu planifikatzen, ez du lagundu osasun profesionalak Osakidetzara atxikitzen, ez du lagundu ezagutza mantentzen eta ez du lagundu Osakidetzako proiektua indartzen. Eta ondorioz, arretaren narriadura ekarri du.
- Osakidetzako mahai sektorialean sindikatuei aitortu zitzaien, kodea jarri ez zitzaielako 119 lanpostu suntsitu zirela 2023ko irailetik azarora. Eta 2024ko otsailetik ekainera, beste 500 bat lanpostu legeak markatzen duen mugara ailegatuko zirela eta beste 3.000 bat ere arriskuan egon daitezkeela 2025 urtea bukatu arte.
- Zer esan nahi dugu legeak markatzen duen mugara iritsiko direla esaten dugunean? Kontratu kopuru multzo bati irailean bukatzen zaiola epea, 3 urtetako epea beteko dutelako; beste batzuk 9 hilabeteko epea iraila baino lehen beteko dute eta, aurrerago, beste kontratu eta lanpostu batzuei ere gauza bera gertatuko zaie, 20/2021 legeak behin-behinetakotasuna

murrizteko eta %8a baino handiagoa ez izateko, behin-behineko kontratuek izan beharreko baldintzak zehazten dituelako.

- Urteetan ez da ESI-etan lanpostuen lan kargen balorazio bat egin, kode gabeko lanpostuak azalerratu eta dauden beharrak identifikatuz plantilla ordenatzeko.
- Azken giza baliabideen plana 2014-2016ko da. Jada urte horietan aurreikusten zen egongo zen jubilazio tasa, baina horri aurre egiteko ez da planifikaziorik egin.
- Jubilazioei dagokionean, ondorengo datuak igorri ditu Osasun Sailak Legebiltzarrera 12/10/07/02/02570-6654 ekimenean zehazten direnak: [Microsoft Word - Lege.docx \(legebiltzarra.eus\)](#)
- Lehen Arretan emango ziren jubilazioen datuak 12\10\05\03\01073-7938 ekimenean jasotzen dira:

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

- Osakidetzako mahai sektoriala dagokion izaera galtzen joanda denboran. Horren adibide, 2007an adosturiko lan hitzarmena dagoela indarrean oraindik [235/2007 DEKRETUA, abenduaren 18koa, 2007., 2008. eta 2009. urteetarako Osakidetzako langileen lan-baldintzak arautzen dituen akordioa onartzen duena](#). Nahiz eta, 2013an modifikazio batzuk egin ziren 351/2013 dekretuaren bidez. <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2013/05/1302442e.pdf>

Edota lanpostu funtzionalen dekretua berritzeko gaitasun eza [186/2005 DEKRETUA, uztailaren 19koa, Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua Zuzenbide Pribatuko Entitate Publikoaren lanpostu funtzionalak arautzen dituena](#). Edo 2013tik Osakidetzan hauteskundeak deitu gabe zeudela eta azkenean 2024ko azaroak 28an egingo direla. Akordio puntualak izan dira, kasu Lanbide Garapenaren akordioa 2022ko uztailan. Baina, sinatuta izan

arren, urtebete itxaron behar izan zen indarrean sartu arte, eta gainera sindikatuak mobilizatu egin behar izan ziren sinaturikoa betetzeko. Ez da desberdinen arteko negoziazorako kulturarik izan. Are gutxiago, Osakidetza garai berrietara egokitzen lagunduko duten, eta ikasteko gaitasuna izango duen erakundea bilakatzeko neurriak adosteko eta gizartearekin batera egokitzen joateko egiturazko politikak ezartzeko.

- Lan Eskaintza Publikoak: 2016-2018 //2018-2019 // 2020-21-22
- Langileak oso haserre daude EPE-en kudeaketarekin eta EPE en ereduarekin. Etengabe EPE-ak egiten, leku aldaketak...Etengabe langileak zamutzen...Ezin da jarraitu langileak zigortzen. Guzti horrek eragina dauka pazienteengan ere.
- Urteetan Osakidetzan EPE-tan egon den ustelkeria.
- Urteetan lan harremanak deserregularizatu dira. Oinarrizko soldata ez da altua eta osagarri, guardiekien, autokontzertazioarekin eta abarrekin igotzen dira.
- Mahai Sektorialean adosten dena eta onartzen denak ez du ESI guztietan garapen maila bera.
- Osakidetzak badu Berdintasun Plan bat, plantillarentzat. Horren betetze mailaren inguruko datuak beharko genituzke.

- 2030 Osasun Planean (28.o) jasotakoaren arabera, 2030 urterako, munduan, 10 milioi osasun-profesional faltako direla aurreikusten da.
- Belaunaldi berriek beste premia batzuk dituzte, eta horiei erantzun behar zaie.
- Osasun Profesionalek, euren bizitza proiektuak eraikitzeko baldintzak eskaintzen dituzten lan kontratuak nahi dituzte. Etengabe zigortuak izango ez diren ibilbide laborala eskatzen dute, profesionalki garatzeko bidea emango duena eta formakuntza eta ikerketarekin lotua.
- Eguneroko kudeaketarako zerrendetan gardentasun falta.
- Gizarteak eboluzionatu duen heinean, Osakidetzak garai berrietara egokitzeko zailtasunak izan ditu. Beharrezkoak diren profil berriak inkorporatzeko zailtasunak ditu: gizarte langileak, fisioterapeutak, psikologoak, nutrizionistak, matematikariak...

2.7.-Formazioa

2.7.1.-Sarrera

Medikuntza eta Erizaintzako graduen egoera aztertuko da, batez ere Osakidetzako ospitaleetan egiten den hezkuntza praktikoaren aldetik, nahiz eta hezkuntza teorikoa ere kontuan hartuko den.

Gogoan izan behar dugu hemen aipatuko diren gauza askotan Euskal Herriko Unibertsitateak (EHU) duela erabakia, eta badela Osakidetza eta EHUren arteko mahai bitariko bat gai hauek lantzeko. Osakidetza da EHUK prestatzen dituen hartzaille nagusia, eta beraz, hezkuntza modu egokian eman dadin interesik handiena behar lukeen erakundea. Baina, era berean, prestakuntzan parte hartzen duen eragile nagusia ere bada.

Azkenik, badira osasun hezkuntza ematen duten unibertsitate pribatuak ere, baina hauek ez ditugu kontuan hartuko.

2.7.2.-Ikasle kopurua, azpiegiturak eta metodologia.

- Osakidetza osasun-profesionalen behar handian dago, erizain eta medikuena bereziki. Horrek ikasle kopurua handitzea eskatzen du, eta ondorioz, ikasle hauek prestatzeko azpiegitura fisikoak eta irakasle kopurua egokitu beharra dago.
- Ikasle kopuruari dagokionean, ditugun datuak ondorengoak dira:

EHUn medikuntza fakultatean eskaintzen diren plazak:

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) eta aurreikuspena
omen da: 2026rako 400 plazetara iristea.

Erizaintzan eskaintzen diren plazak: 165. Urteetan plaza gehiago eskaintzeko eskaria egin dute baina Jaurlaritzak horretarako ez du bitartekorik jarri. Jaurlaritzak ez omen du plaza gehiago sortzeko eragozpenik, baina bitartekorik jarri gabe.

Pribatuan, ikasturte honetan 2023-2024 ikasturtean, EHU bano erizain gehiago formatuko dira, askoz ere irakasle gutxiagorekin.

- Medikuntza eta Erizaintza ikasketetara sartzeko nota kortea hain da altua, nota onak eta bokazioa duten ikasleak ere kanpo geratzen direla EHU-tik. Beraz, jada ikasketa hauetan sartu aurretik sustatzen den lehia eta dagoen presioa oso handia da. Ikasketa hauen bueltan kolaborazio kultura sustatu ordez, dagoen lehia kultura ikaragarria da hasiera hasieratik, eta horrek ez du laguntzen Osakidetza eta Osasun Sistema Publikoan hain beharrezkoa den ekipo, kolaborazio lan kultura eraikitzen. Ikasleak kondenatuak daude oso nota altuak izatera, edo euren familiak maila ekonomiko altua izatera. Hots, unibertsitate publikoan ez badira sartzen, pribatuan dirutza ordaintzera eta hori familia guztiek ezin dute. Ikasketa hauen inguruan eraiki den sistema eta kulturari buelta bat eman behar zaio.
- Espainiar estatuan, azken denboran, agerian geratu dira prestakuntza jasotzen ari diren medikuen inguruko arazoak (goraka doazenak eta larriak): gaur egun, bokazioaren deia sentitzen dutela diotenen % 3ari, gutxi gorabehera, erreserbatutako pribilegioa da medikuntzako fakultatean sarbidea. Hori lortzeko, etorkizuneko medikuak lehiakortasun gogorra eta entrenamendu zorrotza ditu 16-17 urtetatik, epe luzerako helburu batekiko konpromiso goiztiarra, eta horrek hautagaien existentzia baldintzatuko du:

ez du balio deskuidatzea, gure nerabeak euren nortasunaren funtsezko alderdiak garatzen arduratuta egon beharko luketen une batzuetan, euren nahietako askori uko egin beharrean aurkitzen dira, euren kideen aurretik jarri ahal izateko. Ikasketei baldintzarik gabe men egite hori oztopo izan daiteke garapen pertsonalerako: set pertsonalaren zati garrantzitsuak sakrifikatuz lortzen den prozesuaren ondoriozko arrakasta akademikoa (nerabegaroko berezko gaitasun eta jarreraren garapena, sormena eta kuriositatea, enpatia, komunikazioa edo porrotak eta frustrazioak emandako heldutasun emozionala). Elementu horien bidez, ikasleek lasaitasuna eta arrazoia aurkitzen dute beren ahaleginerako, telebistako serieek idealizatutako medikuntza-praktika batean, teknologian, itxurazko bereizmen-gaitasun handi batean eta medikuaren paper ia nonahikoan oinarritua.

- Medikuntza ikasketetan lehenengo, sarbidea da, ondoren 6 urte eta gero osasun sistema publikoan lan egiteko habilitazioa lortzeko egoiliar sistema. Bata bestearen atzetik sailkapen prozesu lehiakorra. Eta behin Osasun Sistema Publikoan lan egiteko erresidentzia gaindituta, ondoren Osakidetzan lan egiteko EPE bat egin beharra eta EPE bat deitzen den bakoitzean, plaza bat lortu arte etengabe azterketen sisteman harrapatuta. Eraiki den sistema ez dago egina ikasleak, osasun profesionalak motibatuzko, Osakidetzan atxikituzko. Baizik eta bestelako interes batzuei erantzuten diotenaren ondorioa atera daiteke: botere nukleoak mantentzea, hierarkiak sustatzea, pribatizazioan sakontzea eta abar.

- Erizaintza eta Medikuntzako ikasketek izaera praktikoa behar dute nagusiki eta hau lortzea ezinezkoa da pazienteekin harreman egoki bat izan ezean. Aurrez aipatu den moduan, Osakidetza da profesional hauen hartzaile nagusia, baina, era berean, prestakuntzan parte hartzen duen eragile nagusia ere bai. Osakidetzakoak dira irakasle asko eta asko, eta Osakidetzako osasun zentro eta ospitaleetan egiten da nagusiki prestakuntza.
- Medikuntzari dagokionean, lehen zikloa (lehen 3 urteak) Leioko kanpusean egiten da, eta bigarrena (4, 5, eta 6. maila) Irakaskuntza Guneetan. Bost irakaskuntza gune daude uneotan EHU: Gurutzeta, Basurtu, Galdakao, Gasteiz eta Donostia.
- Azpiegiturei dagokienean, Gurutzetako irakaskuntza gunea egoera onean dago. Basurtun irakaskuntza gune berriaren lanak egiten ari dira, izandako atzerapen luzeen ondoren. Galdakako irakaskuntza gunea ondo dago, baina ikasle gutxi dituen gunea da. Donostiako irakaskuntza gunea egoera onean dago, baina erizaintza eta medikuntzako ikasleek elkarbanatzen dute, eta ez da denentzat lekurik. Gasteizen erakin berria unibertsitate eremuan egin zen, ospitaleetatik urrun. Honek Txagorritxuko ospitaleko irakasleen parte hartzea zailtzen du, joan-etorri luzeagoen ondorioz.
- Ez da ulergarria LH eta DBH kompetentziak ikasten ibiltzea eta gero unibertsitatara heltzerakoan zaharkituta gelditu diren formula pedagogikoak erabiltzea.

Medikuntzan irakasteko beste era berritzaile batzuk badaude (eta batzuk inguruko unibertsitateetan) erronketan, arazoetan oinarrituriko ikasketa kasu. EHUK bere gain hartu beharko lituzkeenak.

2.7.3.-Irakaskuntza-figurak eta eragindako zailtasunak.

- Erizaintza eta Medikuntzako ikasketetan EHUK ohiko irakaskuntza figurak erabiltzen ditu, ikasketa hauek dituzten berezitasunetan zailtasunak ematen direlarik.
- Erizaintzako graduan badira irakasle titularrak, osasun-arretan jarduerarik ez dutenak. Honek bere presentzia errazten du, baina era berean, ikasleen irakaskuntza praktikoa zailtzen du.
- Badira irakasle laguntzaile gutxi batzuk, 4. mailako Practicum-a antolatzen dutenak, astean 3 orduko kontratuarekin. Antolakuntza egiten dute, baina logikoa denez, ez dira ordu askotan ikasleekin egoten. Irakaskuntza praktikoaren zatirik handiena EHUrekin lan-kontraturik ez duten profesionalen esku dago, euren borondate onaren arabera. Profesional hauek euren denbora eta esfortzua eskaintzen dute, tutore agiri baten truke. Agiri hau lanbide garapenean kontuan hartzen da, baina ez du ordain zuzenik.
- Medikuntzako graduan, lehen zikloan, jarduera klinikorik gabeko irakasle asko daude. Honek hala behar du, lehen zikloaren izaeragatik, lehen bi ikasturteetan bereziki. Baina hirugarren urteko irakasle batzuk, eta

bigarren zikloko gehienak, jarduera klinikoa nagusi duten profesionalak dira, eta irakaskuntza bigarren jarduera moduan egiten dute.

- Lehen Arreta nola ez den katedra, ez da kontenplazten ez praktketan, ez medikuntzan behar bezala.
- Ikasleak oso desmotibatuta heltzen dira ospitalera; halaber, lehen hiru kurtsoetan ere gertatzen da ere. Medikuntza irakasteko beste era bat planteatu beharra dago.
- Medikuntza gardu aurreko eta graduondokoetan jarrera deshumanizatuak ematen dira.
- Irakasleek hiru figura izan ditzakete, Osakidetza eta EHUren arteko akordioaren arabera:
- Katedradunak edo irakasle titularrak. EHUko kide dira, baina Osakidetzarekin dagoen hitzarmena dela eta, euren jarduera nagusia klinikoa da, eta denboraren %25 eskaintzen diote irakaskuntzari. Irakasle titular edo katedradun izateko baldintzak oso zorrotzak dira, eta jarduera akademikoari begiratzen diote nagusiki. Hori dela eta, irakasle titular gabezia dago Sail askotan, zenbait unetan irakaskuntza bera ere arriskuan jartzeraino. Irizpide hauek estatutik ezarriak dira, ANECA edo Unibasq-eko irizpideak jarraituz.

- Irakasle laguntzaileak. Euren jarduera nagusia klinikoa da. Jarduera honetan ikasleak izan ditzakete praktketan. Klase teorikoak emateko edo antolakuntza lanak egiteko, astean gehienez ere 3 ordu izaten dituzte.
- Praktiketako tutoreak. Praktketan laguntzen duten profesionalak dira, EHUrekin harreman profesionalik gabeak. Agiri bat jasotzen dute, euren garapen profesionalerako balio duena, eta EHUn irakasle laguntzaile izateko hautaprobetan ere bai.

Eredu honek hainbat zailtasun dakartza, ondoren azalduko ditugunak:

- Klaseak emateko irakasle titular edo laguntzaile izan beharra dago.

Badaude gai jakin batzuetan oso onak diren profesionalak, klase gutxi batzuk ematea oso zaila dutenak. Badira irakasle gonbidatuen aukerak, baina betetzen zailak dira.

Irakasle titular edo laguntzaile askok, euren jarduera mota dela eta, ez dute ikasleen praktikez zuzenean arduratzeko aukerarik edo modurik. Irakaskuntza praktikoa hau, ordu askokoa dena, beste profesionalen esku geratzen da. Irakasle guzti hauek ez dute praktiketako tutore izendatzeko aukerarik, tutore kopurua mugatua delako, eta honek profesionalen arteko ezberdintasunak eta ezinegonak eragiten ditu.

- Irakasleen formakuntza ere beharrezkoa da.

2.7.4.-Euskal adarra eta euskararen egoera.

- EHUren ikasketa eskaintzaren arabera, erizaintza eta medikuntzako ikasketak euskaraz eta gazteleraz egin litezke. Erizaintzan klase teoriko guztiak euskaraz egin litezke, eta praktikak, ahal diren moduan.
- Medikuntzako lehen zikloa euskaraz eta gazteleraz egin liteke. Bigarren zikloan, baina, egoera oso ezberdina da.

Gasteizen gazteleraz soilik egin liteke bigarren zikloa.

Galdakaon euskaraz soilik egin liteke bigarren zikloa.

Donostian bi talde daude, euskarazkoa eta gaztelerazkoa. Klase teorikoak euskaraz eta gazteleraz daude, klase praktikoak egokitzen diren moduan egiten dira. Euskarazko taldeak gaztelerazkoaren ikasle kopuru bikoitza du.

Gurutzeta eta Basurtun bi talde daude, euskarazkoa eta gaztelerazkoa. Klase teoriko guztiak ez daude euskaraz, eta praktikak egokitzen diren moduan egiten badira ere, gehienak gazteleraz dira. Euskarazko taldeak gaztelerazkoak baino txikiagoak dira.

Egoera hau ikusita, berregituraketa bat egin liteke, irakaskuntza gunek hizkuntzen arabera bereiziz adibidez. Beste aukera bat adar bakar bat sortzea litzateke, eta talde guztiek klaseak gazteleraz, euskaraz edo ingelesez ematea, ikasle guztiek hiru hizkuntzak menderatu ditzaten euren ikasketak amaitzean.

2.7.5.-EHU-ko medikuntza ikasketak

Ez da ulertzen urteetan Lehen Arretako formakuntzak izan ez duen lekua medikuntzako ikasketetan. Aurtengo ikasturtean, oraindik ere hautazko materia izango da. Ez da ulergarria ere Osasun Publikoak (sustapenak, prebentzioak) duen tokia. Komenigarria litzateke errebisio eta hausnarketa bat egitea. Ondorioz, normala da, Lehen Arretan BAME plazak hutsik geratzea. Nola aukeratuko dute medikuek, ezagutzen ez duten espezialitate bat?

2.7.6.-Osakidetzako formakuntza

- Osakidetzak ez dauka bere osasun profesionalentzat formakuntza ibilbide propioa, ibilbidea. Guztiz, kanporatua eta pribatizatua dauka. Ematen diren formakuntza apurrak online izaten dira, edota dokumentuak helaraztera mugatzen dira.
- Barne formakuntzaren errekonozimendua behar da. Formaziorako, ikerketarako orduekin.
- Formazioa enpresa farmazeutikoen eskutik jasotzen da eta zuzendaritzetatik hori baimendu eta bultzatu egiten da. Farmaindustria kanpoan utzi beharko litzateke. Horretarako sistemak kalitatezko formazioa bultzatu behar du.

2.7.7.-Egoiliar Formazioa

- Lehen Arretan. Familia medikuntzako egoiliarrek formatzen dituzten tutoreak lortzeko arazo handiak daude. Arrazoi ezberdinak daude, halanola, medikuen gain karga, errekonozimendu eza, behin-behinekotasun altua (tutorea izateko prest dauden hainbat mediku daude baino plaza finkorik gabe).

Egoiliarren prestakuntzaren barruan lehentasunez aztertu beharrekoa da, formatzen diren familia medikuntza eta komunitarioko egoiliarretatik, zergatik hain kopuru txikiak erabakitzen duen lehen arretan gelditzea.

2.8.-Ikerketa

- Ikerketa eta Berrikuntza Sanitarioko Zuzendaritza bat badagoenez, litekeena da gobernuak aurretik zegoena hobetzeko interesa izatea. Nolanahi ere, herrialde osorako Ikerketa Plan baten falta sumatzen da. Ez dago plan argi bat uztartzeko ikerketa eta asistentzia.
- Ez dago proiektu bat asistentzian ari direnak ikerketan aritzeko, eta EHUrekin elkarlanean aritzeko.
- Ez dago Lehen Arretan, ospitaletan ikerketa planteamendurik. Ez dago planteamendu bat BioInstitutuak Osakidetzarekin, asistentziarekin lanean jartzeko. Ez dago asistentziarekin, eremu horretan ari direnekin loturarik. Ikerketa asistentzian oztopo bezala ikusten da oraindik eta ez asistentzia hobetzeko elementu bezala. Badaude figura aislatuak, baina ibilbide

profesional luzea dutenetara mugatzen da batez ere. Gainera, euren denbora librean egin behar izaten dute. Asistentziaren barruan kontenplatu beharko litzateke ikerketa. Hori sustatzeko ateratzen dira intentsifikazio kontratuak 6 hilabeterako. Baina 6 hilabete ez da nahikoa eta ez da serioa, ikerketa behar bezala egiteko. Intentsifikazio kontratuak adabaki bat dira. Intentsifikazio-kontratuak (ikertzeko lanaldi murrizketak) edo BAME ondoko kontratuak eskuratzeko arazoak ere izaten dira. Baita eman ondoren ere, arta aldi baterako uzteagatik errepresaliak izateko mehatxuekin.

- BiInstitutuak bilakatu dira proiektuak, finantziazioa lortzeko makinariak. Baina gero horien aplikagarritasuna airean geratzen da. Beka asko ematen dira proiektuak egiteko eta justifikatzeko, baina klinikoek baliagarritasuna zalantzan jartzen dute.
- Irakaskuntzan, ikerketan ari den profesionalen aitorten falta handia dago. Ospitaleek klasera joateko ordua galera bezala ikusten dute. Ikasleekin praktikak egiteko denbora ez da aitortzen ere, galera bezala ikusten da.
- Ikerketa-jardueraren aintzatespenik eza. Ez dago ikerketarako denborarik.
- Osakidetzarekin loturarik ez duten ikertzaileen ezegonkortasuna, ospitale-ingurunean/OII ikerketa-taldeak finkatzea ia ezinezkoa da.
- BiInstitutuetan tesiak egiten ari diren gehienak biologoak dira eta euren lan baldintzak onargaitzak dira. Jaurlaritzak ematen ditu beka batzuk 4 urtetarako. Baina ematen dituen bekek ez dira erakargarriak, oso prekarioak dira:

Laguntza berriak		1. berritza		2. berritza		3. berritza		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

- BioInstituetan daude ere Post-Doktoratuak eta duten presioa beka lortzeko ikaragarria da. Denbora gehiena ikertzen baino, proiektuak eskatzen pasatzen dute.
- Halaber, Bioetan teknikariak daude laguntza metodologikoa emateko, proiektuak eskuratzeko prozesuetan. Egiten duten lana oso ona eta beharrezkoa da. Baina oso baldintza txarretan daude. Errotazio handia dago. Soldata oso eskaxak. Jende oso formatua da, baina eskaintzen zaizkion baldintzengatik, jende hori joan egiten da esparru pribatura. Oso prekarioan daude.
- Jende ugari dago talentuarekin, jende oso oso ona, baina jende hori atxikitzeke ez dago estrategiarik, ez dago aposturik, ez dira lan baldintza onak eskaintzen.
- Ez dago Lanbide Garapenerako aukerarik. Lan baldintza prekarioak.
- Plantillak ez dira argiak. Plantillako datuen inguruan iluntasun handia dago.
- Ikerketan aurretik izandako esperientziaren balorazio txikia OII-en eta horien batzordeen profil arduradunak hautatzerakoan.

- Ikerketaren elitismoa eta teknifikazioa. Gutxi batzuen kontua da eta ez du zerikusirik osasun-zentroetako ohiko jarduerarekin.
- Medikuek ez diren profesionalek – erizainek – parte-hartze txikia dute (pizgarririk ez dago – aitzitik, traba ugari, balioespen nulua eta denbora falta da).
- Zerbitzuburuak beren kudeaketa-gaitasunagatik hautatu dira, haien ikerketarako gaitasuna/interesa aintzat hartu gabe.
- Gai beraren inguruan lanean ari diren taldeen atomizazioa – ESI-ak, taifan erreinuak.
- Opakutasuna ildoak/proiektuak lehenesteko garaian, irizpide argi eta publikorik gabe, eta profesionalekin eta herritarrekin aldez aurretik eztabaidatu eta adostu gabe.
- Oinarrizko finantzaketarik eza taldeetan.
- Prozesuen burokratizazioa eta ikertzaileen fiskalizazioa.
- Sinergiarik eza UPV/EHUrekin - hitzarmenak defentsiban eginda daude, eremuak mugatzeko, lankidetzak irekia eta berdintasunezkoa bultzatzeko baino gehiago.
- Ez da "erakargarria" saiakuntza klinikoak erakartzeko.

- Osasun Sailaren ikerketa-proiektuetarako zuzkidura ekonomikoak hobetu egin dira (badirudi estrategia aldatu dela: lehen, askok diru gutxi jasotzen zuten, eta, orain, gutxi diru asko jasotzen dute; beraz, zorioneko hartzaile horietako bat bazara, lana egiteko adina diru izango duzu).

2.9.-Hizkuntza Politika

Hasteko, esan beharra dago balizko osasun itun nazionalerako ezarri diren helburuak (asistentziaren kalitatea hobetzea, sistemaren jasangarritasuna, herritarren partaidetza, eta prebentzioa zein osasunaren sustapena) bermatzeko euskarazko osasun arreta nahitaezkoa dela. Beste batera esanda, osasun arreta euskaraz bermatu ezean (eta horretarako beharrezkoa den giza-baliabideen kudeaketa egokia izan ezean) aurreko guztiak ez direla beteko.

Euskadiko balizko Osasun Itunaren lanketari hasiera emateko Eusko Jaurlaritzak argitara eman duen txostenak dioenez, Osakidetza euskararen presentzia eta erabilera bultzatzen eta hedatzen ari da, modu planifikatu eta progresiboan, gero eta zerbitzu eta arlo profesional gehiagotan. Osasun Itunaren adituen panelerako metodologia txostenak adierazten duenez, ebidentzia zientifikoan oinarrituriko osasun-ereduak lantzea eskatzen da. Aipaturiko txostenean Hizkuntza Eskakizunen bilakaera azaltzen da, baina ez dago inolako ebidentziarik euskararen erabilera hedatzen ari denik.

Azpimarratu beharra dago Eusko Jaurlaritzak aurkeztu duen dokumentua ez dela, egia esan, diagnostiko bat. Euskararen arloan ere, egindakoaren edo lorpenen azalpen bat jasotzen da eta ez besterik. Ez da gutxi, kontuan hartuta 67/2003 Dekretua, Osakidetzan Euskararen Erabilera Normalizatzeakoa, erakundea sortu eta

20 urtera egin zela eta I. EP 2005ekoa dela. Plangintza Hizkuntza Eskakizunen inguruan ardaztu da eta ardazten ari da, ez dute bestelako ekarpenik egiten. Esan bezala, ez dago jasota, adibidez, euskararen erabilera (horren neurketa ez da egiten), historia klinikoa euskaraz, arreta-zirkuituen bilakaera, egoiliarren prestakuntza euskaraz, edo gaiaren inguruko prestakuntza. Argazki lausotu bat baino ez da.

Momentu honetan Osakidetzan Euskararen erabilera normalizatzeko III. Plana 2022-2028 dago indarrean.

Legebiltzarrera Osasun Sailak 2023ko azaroan igorritako erantzunaren - 12/10/07/02/03498-6059 zenbakidun ekimena- bidez, Osakidetzan ditugun euskara batzordeen eta teknikarien argazkia dago:

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

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

Aipatu beharra dago lehentasunezko hizkuntzaren erregistroa gaizki eginda dagoela. Arreta euskaraz jasotzeko eskaera lor daitekeena baino baxuagoa da, besteak beste ez dagoelako behar adinako eskaintzarik. Arazo hau aspaldi antzeman zen (<https://www.oeegunea.eus/agiriak/ikusi/kom/755>), ikusirik egoera soziolinguistikoa eta eskaera ez datozela beti bat. Langileen berariazko prestakuntza, jarrera eta kontzientzia gakoak ere izan daitezke. Hau horrela jaso zen Kanadako Gobernuak onarturiko estandar klinikoetan (HSO, 2018). Gai hau oso garrantzitsua da, izan ere erregistroak baldintza baitezake plangintza osoa, eta oker baldin badago, edo ez baditu jendartearen beharrak antzematen, eskaintza bera ere baldintza dezake.

Euskaraz eskaintzen den zerbitzua poliki-poliki handituz doa. Gero eta langile euskaldun gehiago dago Osakidetzan lanean, eta horrek eragina du zerbitzua euskaraz jaso nahi duten herritarren eskubideak gero eta gehiago errespetatzearekin. Horrekin batera, Osakidetzak ezarritako zenbait neurrik maila batean lagundu dute herritarren eskubideak bermatzen. Adibidez, herritarren lehentasunezko hizkuntza erregistratzeak kasu batzuetan lagundu ahal izan du euskara aukeratu duten herritarren osasun arreta euskaraz jaso ahal izatea bermatzeko (beste kasu askotan ez du eraginik izan).

Arreta euskaraz eskaini dezakeen langilegoaren handitzeak bi arrazoi ditu: batetik, gizartearen islada da. Besteak beste, erizaintza eta medikuntza ikasketak egiten dituztenen portzentaje haundi batek euskara menderatzen du. Bestetik, gero eta lanpostu gehiagori Hizkuntz Eskakizun derrigortasuna eskatzeak eragina izaten ari da handitze horretan.

Lanpostuen Hizkuntza Eskakizunei dagokienez, eta nahiz eta Osakidetzako arduradunek parekatu egiten duten, Hizkuntza Eskakizuna egiaztatu duten langilegoaren portzentajea eta arreta euskaraz eskaintzen duten langilegoaren portzentajea ez da bera. Nabaria da bigarrenago hau lehenengoaren nabarmen azpitik dagoela. Hau da, Hizkuntza Eskakizuna egiaztatuta duten langilegoaren zati nabarmen batek ez du, arrazoa desberdinak tarteko (trebatze ikastaroak handitzea komeniko litzateke besteak beste), zerbitzua euskaraz eskaintzen. Hortaz, Osakidetzako zenbait eremutan langilegoak duen Hizkuntz Eskakizun egiaztapen portzentaje altuak errealitatearekin bat ez datorren irudia eman dezake, nahiz eta errealitate hori hobetzen ari den urtetik urtera.

Egoera horren arrazoa erpin anitzekoa den arren, Osakidetzak euskaraz lan ez egiteak eta arnagunerik ez izateak eragin nabarmena du. Hizkuntza eskakizuna lortu duen profesionalak sarri ez du bere ingurune naturalean euskaraz hitz egiteko aukerarik. Osakidetzak ere horretarako aukerarik ematen ez badio, galdu egingo du eta gero eta zailtasun gehiago izango du pazienteen hizkuntzan arreta emateko.

Hala nahi duten paziente eta erabiltzaileei euskarazko arreta bermatzeko Euskara Planean aipatzen dira zenbait antolaketa eta protokolo neurri, aurreko Planetan ere aipatzen ziren, baina neurri hauek maila mugatuan ari dira aplikatzen, bai Zuzendaritza Nagusiko eta bai tokian tokiko zuzendaritza eta arduradunek neurri horiek ezartzea ez dutelako bultzatu. Praktikan, badirudi Osakidetzako arduradunen euskararekiko politika dela jarrera proaktiborik hartu ez eta urteen igarotzeak (langilegoaren Hizkuntz Eskakizun egiaztatzea handituz doanez urtez urte) arazoak bere kabuz konpondu edota txikiagotzea.

Osakidetzako lehen eta bigarren Euskara Planen ebaluazioetan aipatzen zen Planeko neurriak behar bezala ez aplikatzearen arrazoi nagusia zela Planaren transbertsalitate eza, zuzendaritza eta jefaturek Planaren aplikazioa beren gain ez hartzea. Hirugarren Planean, nahiz eta bertan aipatu eta azpimarratzen den transbertsalitate behar horretan, arazo berdinarekin jarraitzen dugu. Euskara Planeko neurriak aplikatzeko borondatea duten zuzendaritza eta jefaturek hala egiten dute, horretarako beharrezko lanak eginez. Ahatik, gai honekiko sentsibilitaterik ez duten zuzendaritzek ez dituzte aplikatzen, eta erabiltzaileen eskubideen errespetoan eragin negatiboa duen jokaera pasibo horrek ez du inolako eraginik. Egoera honetan, gaur egun oraindik Euskara Planaren garapena praktikan Euskara Zerbitzuetako (Euskara Teknikariak) langilegoaren esku dago gehienbat, horiei gehituz euskararen normalizazioa bultzatzeko borondatea duten tokian tokiko arduradun batzuk. Baldintza hauetan Euskara Planeko neurrien ezarpena oso mugatua geratzen ari da, berriro ere.

Arazo hau gertatzen ari da bai “behe mailan”, adibidez, zerbitzu batetako arduradunek beren menpeko langilegoak telefono bidezko arretako lehen hitza euskaraz egitea ez bermatuz, eta baita ere “goi-mailan”, adibidez, ESI batzuetako Pertsonal buruek Euskara Planeko zenbait neurri garrantzitsu behar bezala ez betetzean (Bakante Begetiboei eta Jefaturen Lanpostuei zenbait kasutan Derrigortasun Data ezarri beharra agintzen du Euskara Planak eta egon dira neurri horiek osotasunean ez aplikatzea erabaki eta jakinarazi duten Pertsonal buruak).

Urteetan ikusi dugu, Osakidetzako langileek euskara ikasteko izan duten formakuntza eskaintza ez dela izan zabala. Ez dela apustu sendo bat egin sistema euskalduntzeko. Osakidetzako arreta eta asistentzia zerbitzuan euskararen erabilera normalizatzeko hutsune haundiak daude. Baina barne funtzionamenduan, lan hizkuntza normalizatu

gisa, euskara ere erabiltzeari dagokionez hutsunea erabatekoa dela esan daiteke. Gaztelera da Osakidetzako lan hizkuntza standarra gaur egun, maila guztietan. Euskararen presentzia bermatzen da zenbait eremutan (Intraneta, Errotulazio finkoa...), baina praktikan gaztelera da lan-hizkuntza bakarra. Euskaraz lan egin ahal izateko eskubidea ez dago bermatuta inondik ere (besteak beste, lan bilerak, dokumentazioa, eguneroko lan-mezuak... gaztelera dira).

Aurrekoari gehitu behar zaio antza batean bermaturik dauden eremutan ere sarritan euskarari ematen zaion trataera halamoduzkoa dela. Adibidez, ohikoa izaten da langileei zuzenduriko Intranetetan euskarazko bertsioak gaztelera bertsioak egindako itzulpen traketsak izatea, ulergaitzak eta zenbaitutan akatsdunak. Euskaratzea sarritan “bete beharreko tramite” gisa hartzen dute zenbaitzuk, halamoduz, trakets eginez. Horrek ekartzen du, ezinbestean, euskarazko bertsio horiek ez direla apenas erabiltzen.

Aipamen berezia behar dute osasun langileek erabiltzen dituzten programa informatikoen. Horietako asko gaztelera hutsean daude, tartean Osakidetzarentzat espreski egindako programak. Adibidez, E-Osabide programa ezin daiteke erabili euskaraz, blokeatu egiten baita euskarazko bertsioa aukeratuz gero. Aspaldi, hamar bat urte izango dira jada, kexak bideratu ziren E-Osabideren egoera honetaz, eta laster konpontzekotan beti (programa berria etortzear omen) baino urteak pasa eta egoerak berdin jarraitzen du. Gaixo kritikoen kudeaketarako ICCA programa ere gaztelera hutsean dago. Euskaraz jarriko zela aspaldi agindu arren, arduradunek ez dute horretarako inongo interesik.

Aurrerapenak aurrerapen, agintariek oraindik euskarari atzerri hizkuntza balitz bezalako trataera ematen diote (agintari eta Zuzendaritzek Osakidetzako ohiko

arreta hizkuntza normal gisa hartzen duten gazteleraz gain bestelako hizkuntza “ahal den neurrian” bermatu nahi balitz bezala) edota bete beharreko tramite gisa barne mailan (Intranetean, Asistentzia Sanitario programa informatikoetan...), egon badago euskaraz, baino ez da erabilgarria/fidagarria, eta hobe gaztelerazkoa, “normala”, erabili...

Ondorioz, ez arta eta ez lana ez daude normalizatuak. Euskaldunok ezin dugu estres linguistikorik gabe arta jaso edo lana egin. Sarri estres linguistikoarekin ere ez. Honek kalitatean, segurtasun klinikoan eta ekitatean eragin zuzena du. Profesional guztiak elebidunak izatea hoberena dela ebidentzia den arren, horretatik oso urrun gaude eta hori lortzeko neurri eraginkorrak falta dira. Hori lortu artean arta euskaraz jasotzea edo euskaraz lan egin ahal izatea erraztu dezaketen bitartekoak (zirkuituak, itzultzaileak, interpretazioa, arnaguneak...) ez dira modu errealean ezarri.

2.10.-Osasuna eta Genero Ikuspegia

Aurkeztutako txostenean, oro har, ez da antzematen inongo genero ikuspegia erabili denik. Akats larria da gure ustez. Alde batetik, jakina baita emakumezkoek berariazko osasun arazoak baitauzkate eta, ondorioz, berariazko arta behar baitute. Bestetik, osasun-sisteman izan ohi diren genero desberdintasunak eta izan daitezkeen genero determinatzaileak ez baitira identifikatzen.

OSASUNA ETA GENERO IKUSPEGIA

	Emakumezkoen osasuna	Genero desberdintasunak	Genero-determinatzaileak
FUNDAMENTO	Emakumezkoen berariazko osasun arazoek berariazkoa arta behar dute.	Sexuen gizarte-egoera desberdina eta diskriminatzailea da, eta desberdintasuna eta ekitaterik eza dakartza berekin.	Jarrerak, bizipenak eta bizitzeko, gaixotzeko, kontsultatzeko eta hiltzeko moduak genero-determinatzaile psikosozialen eraginpean daude.
HELBURUA	Emakumeak: Sexuari dagozkion osasun-arazoei erantzutea: ugalketa, klimateria...	Gizonak, emakumeak eta diskriminazioa. Sexuen arteko berdintasuna eta ekitatea lortzea.	Gizonak, emakumeak eta haien arteko harremanak. Emakumeen eta gizonen botere-mendekotasun harremanak eta posizio subjektiboak eraldatzea.
METODO	Emakumeentzako beharrianak identifikatzea eta berariazko baliabide bereiziak eskaintzea.	Sexuen araberako desberdintasunak identifikatzea eta erikortasun desberdinak ikusaraztea. Berdintasunerako eta ekitaterako neurri soziopolitikoak eta sanitarioak hartzea.	Genero-determinatzaile sozialak (ereduak) eta psikiatriko-subjektiboak (rolak, jarrerak eta esanahi subjektiboak) aztertzea eta aldatzea.

<p>JARDUERAK</p>	<p>Emakumeen arazoei arreta emateko programak.</p>	<p>Erikortasun diferentzialari eta irisgarritasun- eta arreta-desberdintasunei buruzko ikerketa eta arreta: genero-joerak, generoa azaltzeko ahalmena duten aldagaiak aukeratuta.</p>	<p>Determinatzaileak ikertzea eta eskuhartze kolektibo eta klinikoko ereduak sustatzea, genero jarrera erabakigarriak aldatzeko.</p>
------------------	--	---	--

Genero Ikuspegia eta Osasuna (Sara Velasco 2008)¹

Alor honetan diagnostiko egokia egiteko dagoen hutsunea horren da handia non gure proposamena izango bailitzateke berariazko lan-taldea antolatzea osasuna eta genero-ikuspegia jorratzeko.

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

2.11.-Azpiegiturak

- Behin eta berriz azpiegitura berrien obren iragarpenak entzun behar izaten ditugu. Noski, berritu behar diren azpiegiturak berritu behar dira. Baina berritzeaz gain, berrikuntzak ondo egitea, bertan lanean daudenekin kontrastatzea, beharrezkoa izan beharko litzateke. Zeren etengabe ikusten ari gara, obra inauguratu aurretik, berriz konpondu behar izatea.
- Ikusten ari gara ere, planteatzen diren azpiegitura eta proiektu berriak, eremu horretako profesionalen kontrakotasuna izaten duela, proiektuak ez direlako partekatzen eta adosten.
- Ikusten ari gara ere, erdi hutsik geratzen diren azpiegiturak, zalantzarriak izan daitezkeen azpiegiturak edo euren eraikuntza abiatzeko biztanleriaren osasun premien azterketa txostenik gabe abiatzen direnak: Eibarreko ospitalea, Durangoko Bereizmen Handiko Zentroa...
- Ikusten dugu, urteetan azpiegiturak lehenetsi direla, pertsonaleko eta profesionaletan inbertitu beharrean.
- 2024ko aurrekontuetan honako obra hauek zeuden jasoak:

2024ko Osasun Sailaren aurrekontuetako "09 412 20 7 Kapital - eragiketetarako transferentziak eta diru-laguntzak" diru lerroak 64.491.637 ko finantziazioa du. Eta ondorengo azpiegiturak jasotzen ditu:

- Araba Errioxako ESI: 1.500.000: Oiongo zentro berria (263.orr)

- Tolosaldea ESI: 500.000: Tolosaldeko ospital berria (274.orr)
- Gorniz ospitalea: 641.637: eraikuntzak (394.orr)
- Santa Marina ospitalea: 5.700.000 (377.orr): aringarrien solairua erabat eraberritzea.
- Araba ESI: 2.500.000 (228.orr): AUOko hemodialisi berria (2.000.000) eta Gasteizeko alde zaharreko zentro berria (500.000)
- Bidasoa ESI 2.300.000: Bidasoako BK eraberritzea (297.orr).
- Debabarrena 500.000: Elgoibarko osasun zentro berria (321.orr)
- Debagoiena 11.800.000: Aretxabaletako osasun zentro berria 800.000/ Bergarako osasun zentro berria 2.000.000 / ospitalea modernizatzeko lanak 9.000.000 (241.orr)
- Donostialdea ESI 11.600.000 (286o) Altzako osasun zentro berria 1.900.000 / Loiolako osasun zentro berria 1.100.000/ Protonterapia eta kanpo kontsultak 8.000.000 / Donostiako UOko bitarteko zainketen unitate berria: 600.000.
- Goierri-Urola Garaiko ESI 3.500.000: (309o) Zumarragako BK berria 3.000.000 / Lazkaoko OZ berria 500.000.

- Barrualde-Galdakao ESI: 8.950.000: (412): Laudioko osasun zentro berria 7.600.000 / Galdakao Usansoloko ospitaleko ospitalizazioa eraberritzea 1.350.000.
- Bilbo-Basurto ESI 4.700.000: (400o): Boluetako Osasun berria 1.200.000 / Ospitalea modernizatzeko lanak 2.500.000 / San Inazio zentro berria 500.000 / Santutxuko osasun zentro berria 500.000.
- Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta 8.200.000: Zallako OZ berria 1.200.000 / Gurutzetako UO berria 7.000.000.
- Uribe ESI 500.000: Sondikako OZ berria: 500.000 (343.orr)
- Bizkaiko Osasun Mentala 1.600.000: Uribeko Osasun Mentaleko zentroa osorik eraberritzea 1.600.000 (366.orr).
- X-izpien gelak berritzea.
- Azeleragailuak berritzea: Donostia, Basurto Eta AOU.
- Erakunde osoko OTA gailuak berritzea.

Osasun Sailburuak 2024ko irailaren 20an Legebiltzarrean egindako agerraldian iragarri zuen: 1.000 milioi euro 2023 arte:

- Basurto, Usansolo, Donostia, Txagorritxu, Zumarraga, Arrasate eta Tolosako ospitaleak handitzea (ospitale berria), Durango (Bereizmen Handiko Zentroa).

- Zentro Logistikoa lurretan.
- Lehen Mailako Arreta: zentro berriak modernizatu edo eraikiko dira: Irunen, Laudion, Donostian (Loiola), Gasteizen (Alde Zaharra), eta Bilbon (Boluetan, San Inazio, Santutxu), Elgoibarren, Oionen, Bergaran, Lazkaon, Sondikan, Urdulizen.

2.12.-Itxaron Zerrendak

- Herritarrei gehien arduratzen dien kontua da: Osakidetzara sarbidea behar dutenean bermatuta izatea; jarraipena zentzuzko denboretan egitea; eta behin Osakidetzara sartuta, frogak eta dena delako kontsultak, kirurgiak edota erantzunak behar diren denboretan izatea. Herritarrentzat adierazle garrantzitsuena da.
- Itxaron zerrenden inguruan gardentasun gutxi dago. Ez da bakarrik datuak ematearen edo ez ematearen kontua. Nola kudeatzen diren, dauden praxi zalantzarri eta kezkarriak itxaron zerrendak kudeatzerako orduan, funtsezkoa da itxaron zerrenden gardentasunean urratsak egin ahal izateko. Zertaz ari gara:
 - Itxaron zerrenden kudeaketa publiko eta pribatuan aldi berean lanean ari diren profesionalak kudeatzeaz.
 - Itxaron zerrenda desberdinak izatea Osakidetzan itxaron zerrenda bakoitzaren kudeaketarako: A, B edota gainerako zerrenda desberdinak.

<https://www.boe.es/boe/dias/2003/06/05/pdfs/A21830-21840.pdf>

- Itxaronaldiak zenbatzeko dauden irizpideak.
 - Ematen diren zitak bertan behera uztea, aurrerago ber-programatzeko.
- Berriki eguneratuak izan dira itxaron zerrendak Gardena atarian <https://www.gardena.euskadi.eus/bistaratzea-herritarrentzako-arreta/webgar00-contvisu/eu/>

Orain arte, eguneratu gabe egon dira eta Legebiltzar taldeok eskatuz gero, helarazi izan dira soilik. Halaber, itxarote zerrenden areagotzea ez da pandemiaren ondorioz izan soilik; pandemiaren aitzakia erabili izan da. Baina pandemia ostean, Ministerioaren datuen arabera Espainiako gainerako Erkidegoetako itxarote zerrendak %7,38 igo zirenean batez beste, EAEn %29, 63koa izan zen egoera.

- Itxaron zerrenden eztabaida beti dago mahai gainean. 2012tik gutxienez, saiakera desberdinak egin izan dira gaiari heltzeko. 2017an Arta Zuzendaritzatik plan bat egin zen. 12/10/07/02/02540-6352 zenbakidun ekimenean, EH Bilduren eskariz, Legebiltzarrera ordurarte eginiko plana, 2017koa, eta txosten exekutiboa, 2018koa, bidali ziren.

- Kirurgia programatu eta ez urgenteak [65/2006 dekretua](#) ren bidez arautzen dira. Baina Jaurlaritza da bere buruari emandako araua betetzeko zailtasunak dituen.
- Kanpo kontsultetako itxarote zerrendak mugatzeko [230/2012 DEKRETUA, urriaren 30ekoa, kardiologiako eta onkologiako kontsultetara eta proba osagarrien gehienezko epeak ezartzen dituen dekretua](#) ere badugu.
- Itxaron zerrendak murrizteko Osakidetza indartu beharrean, egiturazko neurriak hartu beharrean, ikusi dugu urteetan autokontzertazioa eta deribazioa erabiltzen direla. Adabakiak jartzen direla. Ondorioz, beti hasierako lekura bueltatzen gara.
- Bertan behera geratzen diren kontsulta eta proben kopuruei dagokienez, 2023ko abenduan, Osasun Sailak Legebiltzarrera igorritako informazioan ikus dezakegu 12/10/07/02/03504-6155 zenbakidun ekimenean: [Ekimena \(legebiltzarra.eus\)](#)
- Osakidetzak egiten duen autokontzertazioaren datuak, 2023ko urtarrilean Osasun Sailak Legebiltzarrera bidaliko ondorengo ekimenean - 12\10\07\02\ 02768 klikatuta ikus daitezke [Ekimena \(legebiltzarra.eus\)](#) eta 2023ko abenduan jasotako erantzunean: [Ekimena \(legebiltzarra.eus\)](#)
- Halaber, ESI bakoitzak eta ESI-etako espezialitateek irizpideak ez dituzte bateratuta, adibidez, frogak, kirurgiak eta abar egiterako orduan. Ekitate ikuspegitik ere bizilekuaren arabera desberdintasunak daude.

3.-OSASUN SISTEMA PUBLIKOAREN ANTOLAMENDUA

3.1.-Osasun Publikoa

3.1.1.-Osasun Publikoko eta adikzioen zuzendaritza

- Osasun Eskubidearen aldeko ekimenak –Oseki- osasun arloko desberdintasun sozialak eta osasun-sistemaren egoera aztertzen du atal honetan. Kontutan hartu beharrekoak, norbanakoaren eta kolektiboaren osasun eraikuntza xede baldin badugu. <https://oseki.eus/eu/arloak/euskadiko-egoera/>
- 2023ko Osasun Inkesta, EAEko osasun egoera aztertu eta neurtzen duen inkesta. Zeinak, 1986tik biztanleriaren osasun egoera neurtzen duenak, argi erakusten du nola konfiantza hori galtzen joan den: bertan ikus daiteke 10 urtetan pribatizazioa %50 areagotu dela. Ikus daiteke, azken inkestatik, hots, 2018tik gero eta herritar gehiago direla aseguru pribatua dutenak, 2018an baino %19 gehiagok. Eboluzio horretan ikus daiteke konfiantza galera.

Baina ez digu erakusten konfiantza galera bat egon denik soilik. Osasun Inkestak erakusten digu edo, hobeto esateko, neurtzen du zein den EAEko biztanleriaren osasun egoera, bilakaera, eta aztertzen ditu ere determinanteak, osasun zerbitzuen erabilera, besteak beste. Zoritxarrez, 2023ko emaitzak ez dira onak. 2018tik bilakaera negatiboa da. Beraz, erakusten digu orain arte ezarri diren osasun politikak ez direla eraginkorrak izan.

- 2023ko Osasun Inkestak eman digun argazkia kezagarria da. Adierazle sozioekonomikoen araberako, ikasketen mailaren araberako eta generoaren araberako arrakala handitzen ari da.
- Osasun Publikoko eta Adikzioetako Zuzendaritzak, atalak, duen erronka nagusietako da ematen ari den belaunaldi aldaketan deskapitalizaziorik ez ematea. Hamarkadetan pilaturiko ezagutza eta esperientzia ez galtzea. Indarrean dagoen pertsonal politikak, mugikortasuna sustatu duenak, eta 7/2021 Kidego eta Eskalen Legean harturiko erabakiek, kolokan jarri dute epidemiologia zerbitzua. Gogoratu, bertoko arduradunek eta langileek ohartarazi zutela, gerta zitekeenaz. Ikusi beharko da orain EPE-ak ebazten direnean nola geratuko den.
- Aipaturiko zuzendaritzan, osasun sustapenari garrantzi eskasa eman zaio oro har. Osasun Publikoaren barnean, sustapena oso atal txiki eta marginala da. Ez dakigu nondik datorren egoera hau, baina zaila egiten da ulertzea osasunaren ikuspegitik eta XXI. mendean (lehenagotik ere) dakiguna jakinda, nola ez zaion atal honi lehentasun eta protagonismo gehiago ematen.
- Epidemiologian betetzen den funtzioa kontutan hartuta, lanerako metodoak automatizatuta egon beharko liriateke, eskura dagoen teknologia aurreratuena ezarrita egon beharko litzateke. Deigarria eta tristea da, oraindik zenbat denbora pasatzen duten alor horretan Excel-ak eta beste motatako datu-baseak eskuz betetzen. Esku lan asko egin behar izaten dute, kasu askotan lan administratiboa dena, eta horretarako ez da goi mailako teknikaririk behar. Azken urtetan, eta “Next-Generation” diru-

laguntzen harira, badago norabide honetan joateko saiakera bat. Zenbait aplikazio/programa garatzeko apustu bat dago datu batzuk modu automatikoa landu ahal izateko, baina oraindik asko dago egiteko. Esku lan gutxiago egiteak ikasi, irakurri eta ikertzeko denbora gehiago utziko lieke langileei.

- Osasun Publikoan badago ere Lehen Arretan dagoen beharra, profil desberdinak gehitzeko. Osasun Publikoan, ikerketak eta jakintzak espazio gehiago beharko lukete. Denbora gehiago izan beharko lukete ikasi, beste leku batzuetan egiten dena ikusi eta gure azterketa/ikerketa propioak egiteko. Matematikari, estatistikari eta bioinformatikariak behar ditugu, besteak beste.
- Lurraldeen arteko komunikazio eta koordinazio hobetzeko eremua da.
- Instituzio ezberdinen arteko lana bultzatzea funtsezkoa da. Osasun Publikoak (Eusko Jaurlaritza) elkarlanean jardun behar du Osakidetzarekin, udalekin, aldundiekin eta abarrekin, eta elkar lan hau ez da izan beharko lukeen bezain ona. Osasun Publikoko Zuzendaritzan ere Epidemiologiak animalien zaintzarekin, elikagaien zaintzarekin, Osalanekin eta beste batzuekin izan beharreko erlazioa ez da zaintzen.
- Osasun Publikoko eta Adikzioen Zuzendaritza ez da bakarrik urruti dagoela fisikoki Osakidetzatik, baizik eta urruti dagoela Osakidetzaren funtzionamendu osotik: pertsonaletik, funtzionamendutik, egin beharko luketen lan bateratutik... Ikusi besterik ez Osakidetzaren antolamendua eta Osasun Publikokoa ez datozela bat, eskualdeei dagokienean.

- Sektore publikoaren lanaren jarraipenerako mekanismoak behar dira. Sektore publikoan langile bakoitzak egiten duen lana bere konpromiso mailaren arabera da. Eta hori ez da produktiboa.

3.1.2.-Osasun Planak eta Estrategiak

- Osasun Sailak eta Osakidetzak makina bat plan eta estrategia diseinatzeko dituzte. Baditugu batzuek lehen lerrokoak direnak, sailaren eta Osakidetzaren norabidea definitzen dituztenak; eta beste batzuek eremu zehatzago bati buruzkoak:
 - Horietako batzuk: Onkologia Plana 2018 – 2023 /Osasun Marko Estrategikoa 2021-2024 /Osakidetzako Plan Estrategikoa 2023 -2025 / Osasun Plana 2023-2027 /Zainketa Aringarrien Plana 2023-2027 /Pazientearen Segurtasun Estrategia -2013-2016 - 2017-2020 – 2030 / Euskararen III. Plana Euskararen Erabilera Normalizatzekoa 2022 – 2028/ Lehen Arretako Estrategia / Iktusaren Plana / Osasun Mentalaren Estrategia / Adikzioen VIII. Plana eta abar.
- Ikusi dugu azken urteotan Osasun Sailak plan eta estrategia hauen erredakzioa kanpo enpresen eskuetan utzi dela. Maiz erantzun zaigu, soilik idazkaritza lanak egin dituztela; baina plan eta estrategia hauen definizioa zeinen eskuetan egoten den ez da gardena. Plan horietan ere hainbat profesional desberdinen izen abizenak ageri izan dira, euren egiletza azpimarratuz; baina profesional desberdinekin hitz egin ostean, ikusi dugu ez direla parte sentitu eta ez dituztela euren ekarpenak jasoak ikusi.

- Ikusten dugu, orain arte, aipaturiko planetan jasotzen diren helburuak eta konpromisoak betetzeko zailtasunak daudela. Ez dakigu non huts egiten den. Agian, planaren erredakziotik hasita, edo beste fase desberdinetan... agian, behetik gorako gobernantzan sakondu beharko litzateke, onartzen diren neurrien inplementazioa errazteko.
- Ikusi dugu, planetan jaso izan dena eta Osasun Sailaren eta Osakidetzaren praxia egunerokoan maiz ez dela koherentea izan.
- Ikusi dugu ere, Osasun Plana, sailarentzat bere kudeaketarako erraminta nagusia izan arren, beti nahiko periferian geratzen den plana izaten dela. Egunerokotasuna eta plan horren artean arrakala esanguratsua da.
- Plan eta estrategia desberdinetan herritarren ikuspegia eta iritzia txertatzeko bide eraginkorrak bilatzea ezinbestekoa da. Horrekin batera, izapide burokratikotik haratago doan betetze maila neurtzeko elementuak garatzea.
- Legegintzaldi desberdinetan ikusi dugu planetan jasotzen diren hainbat konpromiso kaxoian geratzen direla, eta urteetan bueltaka egoten direla.

3.2.-Pazientearen Segurtasun Klinikoa

- Hirugarren Plan Estrategikoa daramagu eta, beste plan asko bezala, ez da ganoraz kudeatzen.
- Azkeneko hau 20/30 da eta, beraz, beste 6 urte geratzen zaizkio.

- Osakidetzarentzat lan egiten duten profesional guztiek ez dute SNASPen komunikaziorik egiteko aukerarik. Azpikontrataturako profesional asistentziales ezin dute jakinerazpenik egin.
- SNASPen jakinarazpen asko egiten den arren, ez da behar adina egiten. Hainbat profesionalek ezertarako balio ez duenaren iritzia du. Zerbitzu batzuetan jakinarazpen kopurua igotzea adierazle negatibo bezala bidezak ez du gertatzen den oro jakinarazten laguntzen.
- Planean aipatzen diren kexak, erreklamazioak, iradokizunak, inkestak, etab. ez dira behar bezala kudeatzen eta ez dira *segurtasun jakinarazpenen* zirkuituan sartzen.
- Zerbitzu eta ESI batzuetan jakinarazpenak aztertuko dituen taldea ez da bildu ere egiten. Ondorioz, egindako jakinarazpenak ezerezean geratzen dira. Gehiago ez egiteko gomendio zuzena da hau.
- Zerbitzu eta ESI askotan jakinarazpenak aztertu behar dituen taldea biltzen da eta hobekuntza-ekintzak proposatzen ditu, baina zuzendaritzek ez dituzte planifikatzen eta ez dituzte ezartzen. Segurtasun zuloak ez dira konpontzen eta honek azterketak egiten dituen taldea eta jakinarazpenak egiten dituzten profesionalak erretzen ditu.
- Adibide nabarmena izan daiteke jada gertakari bat egon arren eta hobekuntza-ekintza proposatu arren, planak jasotzen duen “Erditze-eremuetatik kanpoko larrialdiko erditzeetan arreta emateko protokoloa prestatu, baliozkotu eta onestea, praktika klinikoaren aldakortasuna murrizt dadin erakunde sanitarioen eta arreta-maila desberdinen artean (Lehen Mailako Arreta, EAG, Emergentziak, erditze-eremu gunerik gabeko

ospitaleak eta erditze-eremuak dituztenak)” urteak pasa arren ezarria ez egotea.

- Zuzendaritzek, salbuespen batzuk salbu, ez diote segurtasunaren kudeaketari behar duen garrantzirik ematen eta gaizki ulertutako beste lehentasun batzuen aurrean alboratu egiten dute.
- Emergenciak ESla izan daiteke honen adibide nabarmena. Planak kapitulu oso bat ematen badio ere, segurtasunaren kudeaketa inoizko egoera kaskarrean aurkitzen da.
- Pazientearen identifikazioaren alorrean edo transfusioen segurtasunean hobekuntza nabarmena egin da. Honek izan beharko luke gainerako alorretan lan egiteko eredua.
- Planean aipatzen den ezarritako hobekuntza-ekintza isolatuen ebaluatzea eta haien jarraipena egitea anekdotikoa da. Profesionalei emaitzen feedbacka ematea are anekdotikoagoa.
- Zuzendaritza Nagusiak ez du aztertzen diren jakinarazpenen, egiten diren gomendioen eta ezartzen diren gomendioen ezagutza errealik. Guzti honen inguruan erabiltzen diren adierazlerik ez dago eta daudenak oso txarrak dira. Ez dira planak ezartzen dituen adierazleak neurtzen.
- Bigarren eta hirugarren biktimen arloa ez da modu egokian kudeatzen Osakidetzan. Kulturarik ez dago eta estrategian aipatzen den kultura aldaketa egiteko saiakera seriorik ez da egiten. Aipatzen diren adierazleetatik urrun gaude oso.

- Osakidetzan AMFE bidez lan egiteko ohiturarik ez dago. Maiz ezartzen dira lan egiteko prozedura berriak hauen AMFErik egin gabe.
- Planean aipatzen den “segurtasun-batzordeak sendotu eta dinamizatzea, eta erabiltzaile, paziente, senide eta zaintzaileen parte-hartzea sustatzea” ez da abiatu ESI eta zerbitzu gehienetan. Pazienteek beren segurtasunean parte hartzea ere apenas landu da.
- Segurtasun klinikoari buruzko dokumentazioa webgunean topatzea ez da batere erraza.

3.3.-Lehen Arreta

- Urteetan Osakidetzaren inguruan zerbaitez hitz egin baldin bada Lehen Arretaz hitz egin da. Lehen Arreta prestigiatzeko beharraz, Lehen Arretaren garrantziaz, Lehen Arretaren egoera prekarioaz, Lehen Arretan dagoen profesional gabeziaz. Baina zer egin da Lehen Arreta prestigiatzeko? Zer egin da Lehen Arretaren egoerari aurre egiteko?
- Pandemia aurretik, 2019ko apirilean ia sindikatu guztiek (SME-k salbu) eta LehenarretaArnasberritzen plataformak deituta mobilizazio eta greba arrakastatsuak burutu ziren. Lehen Arretako egoera eta langileak bizitzen ari ziren egoera salatu zuten. Ordutik egoera ez da konpondu, ez eta hobetu.
- Lehen Arreta erresilientzia handiko profesionalen osatua dago. Bokazio handiko profesionalen, oro har. Eta beraz, lan baldintzak direnak izanda euren gain esfortzua aitortzekoa da.

- Lehen Arretak badu Euskadiko Lehen Mailako Arretarako Estrategia, 2019an publiko egin zena. Teorian, Lehen Arretako antolakuntza hobetzeko asmoz egin zena.
- Jarraikotasuna da lehen mailako arretaren zutabeetako bat. Osakidetzak arazoak ditu arratsaldetako kupoak betetzeko (aurrerago sakontzen dugu). Arratsaldeko kupoak kentzeak klase sozial apalenei eragiten die batez ere. Bazterketarik gabeko gizarte baten bidean arratsaldeko kupoak mantentzea ezinbestekoa izan behar da. Horretarako formula ezberdinak aztertu beharko dira (modu ezberdinetan sustatu, goiz-arratsalde-ordutegi mixtoak). Osakidetzak lehen arreta indartzeko osatu zuen planean norabide hau proposatzen zen baina ez da inongo aurrerapenik egin.
- Lehen Arretako osasun etxe (zentro), anbulatorio eta kontsultak ESI-en barruan kokatzen dira. Osasun zentro bakoitzak lehen mailako unitate burua du, baina honek ez du gaur egun zentroa bere nahietara kudeatzeko aukera handirik. Kudeaketa ez da askea, dagokion ESIak bideratutakoa da. Beraz, arduraduna dute, baina ez dute erabaki ahalmenik, eta ez dituzte aurrekontu berezitu eta gardenak Osasun Saileko urteko aurrekontuetan, Osasun Sailburuak berretsi bezala Legebiltzarrera igorritako erantzun batean -12/10/05/03/01327-1903 zenbakidun ekimenean- 2022ko apirilean.
- Lehen Arretan aurrekontuak jarraipen kudeaketa bidez egiten da, adierazle batzuen baitan. Ikuskaritza gisa. Eta bertan bakoitzaren gastuaz hitz egiten da. Baina benetan ematen zaio garrantzia gastu horri? Gaur egun Lehen Arretan gastua igo egin da, medikuei ordaintzeko eredu bat abiatu delako.

Bi eredu daudelako ordaintzeko, bata A eta bestea B (soilik medikuei). Zerbitzu orokorretako agindua izan zen. Berriro ere, zegoen profesional gabeziari aurre egiteko diru gehiagoren trukean; horrela, arazoak ez dira konpontzen.

- Lehen Arreta eta ospitalearen artean kudeaketan desberdintasun handiak daude. Gainera, ez dago kontzientziarik elkarrekin lan egin behar denik.
- Osasun Saileko dokumentu desberdinetan, baita diagnostiko gisa aurkeztu duen Osasuneko Mahaian, Lehen mailako Arretaren eremuan agenden homogeneizazioa aipatzen da, presentzialtasuna %70an ezarriz. Hainbat irisgarritasun konpromiso ezartzen dira. FMrekin zita baterako irisgarritasuna 48 ordu. Medikuarekin zita lortzeko arazoaren barruan dagoen aldagai nagusienetako bat betetzen ez diren ausentziak dira (oporrak, bajak zein jubilazioak). Ez da inon aztertzen zenbat kupo dauden medikurik gabe. Azterketa hori eduki gabe ezinezkoa da egoera modu egokian aztertzea.
- Agenden kudeaketa ere, zerbitzu orokorretatik etorri den beste arazo bat izan da. COVID-19aren ondoren etorri zen agindu bat izan zen agenda aldaketa. Ez da zentzuzkoa zentro guztiek agenda bera izatea, ingurunearen arabera izan beharko litzateke, bertan bizi den populazioaren arabera. LMUB-ek gutxi aldatu dezakete agenda egunerokotasunean.
- Agendak homogeneizatzearen ondorioetako bat da oso malgutasun gutxi dagoela ikuspegi komunitarioa duten jarduerak lan orduen barruan

burutzeko. Gaur egun jardun komunitarioaren zati handi bat langileek ordutik kanpo egindako lanarekin egiten dela.

- Lehen Arretan ez dago profesionalen ratorik arauz edo legez ezarrita, ez kategoria, ez espezialitate, ez eta ekipoka (gutxitan ikusi da ekipoka lan egiten). Ez dago ekipo bakoitzari dagozkion biztanle kopuruaren ratioa ere ezarrita. Nahiz eta azken hilabeteotan, Legebiltzarrean egon izan diren eztabaidaren harira, irudikatu nahi izan den kupoak ratiok direla. Beraz, ditugu kupoak. Baina kupo horiek zentro batetik bestera aldakorrek dira, eta aldakortasun hori ez dago baldintzatua inguruneak izan ditzakeen ezaugarri sozio-ekonomikoengatik, genero ikuspegitik, migrazio flujoengatik edota biztanleriaren ezaugarriengatik. Gutxi gora beherako kupoak daudela esan daiteke. Zentro batetik bestera aldaketak nabarmenak izan arren, esan genezake mediku bakoitzak izan ditzakeen paziente kopurua, OTI kopurua 1700an kokatu daitekeela erraz; orain dela urte batzuk 1500ean zegoenean; erizainena 1800 izan daitekeela; pediatrian alde haundiak egon daitezkeela, baina 800-1200 izan daitekeela batez bestekoa. Profesional bakoitzak bere kupo izatera pasatzen bada, Lehen Arreta suntsituko da.
- Lan egiteko era erabat aldatu beharko litzateke.
- Beste arazo bat da lan administratiboa:
 - Zilegi da pribatura joaten den paziente bat gero bere errezetak eta esploraketak osasun publikoan eskatzea?
 - Interbentzio kirurgiko bat pribatuan egiten duen pazienteak, gero eskubidea du osasun publikoan beste zenbait gauza eskatzeko? Lan

gehiago eman ez Lehen Arretari, bitartean osasun publikoan dagoen paziente bat interbentzio horren zain dagoenean?

○ IT-ak zergatik ez dira orain ospitalean egiten?

- Azken urtean, osasun etxeetan indarra hartzen joan da mediku gutxiren artean eurenak ez ziren pazienteen kargu egitearen praxia. Osasun ekipoetan, profesional gutxiagorekin, paziente gehiago artatu behar izan dituzte. Edota, ez dute kupo bat asignatua izan. “Pull” ereduak sustatu nahi izan da, hortik profesionalak alde batera eta bestera mugitu ahal izateko, egon zitezkeen beharren arabera, jarraikotasuna oraindik eta gehiago apurtuz, eta Lehen Arretaren izaera, esentzia oraindik eta gehiago ahulduaz.
- Lehen Arretan apenas ez da egon ekipoan lan egiteko kulturarik.
- Osakidetzak urteetan indarrean izan duen pertsonal politikak, kontratazio ereduak behin-behinekotasuna ondorioztatu du. Kontratu prekarioak, gain zama, mugikortasun handia, profesionalizazioan zailtasunak, formakuntza galtzea, eta horrek ekarri du: longitudinalidadea/ jarraikotasuna galtzea, poliki- poliki arreta kalitatea galtzea, profesionalen desmotibazioa, profesionalen ihesa.
- Osakidetzan eta Lehen Arretan ebidentzia zientifikoaren – Jarraikotasuna- aurkako norantzan aplikatu da kontratazio ereduak. Paziente eta osasun ekipoen arteko ezagutza apurtu da.
- Lehen Arretak izan dituen lan baldintzengatik, batez ere akutuak artatzeko larrialdi zerbitzua bilakatu da. Kroniko edota pluripatologikoen jarraipen

egokia egiteko zailtasunak daude. Eta osasun sustapen eta prebentzioa lantzea, herriko eta udaleko gainerako zerbitzu eta herritarrekin, ezinezkoa izan da. Egia da, hainbat anbulatoriotan jada abian dituztela orientazio zerbitzuak, eskualdeko osasun publikoarekin eta udaleko gizarte zerbitzu eta kirol zerbitzuekin elkarlanean. Badirela bestelako praktika onak ere abian, adibidez, herritar taldeekin programa zehatzen inguruko lanketak, baina oraindik asko dago egiteko norabide horretan.

- Erizain komunitarioak ere kontratatu dira. Baina ez zaie funtziorik eman edo eman zaiena datuen bilketara mugatzen da batik bat. Gainera egin diren kontratazioak Osasun Publikoarekin koordinatu gabe egin dira. Osasun Sailak Legebiltzarrera igorritako informazioan (12/10/05/03/02112-4516 zenbakidun ekimenean) ikus genezake kontratazio horren nondik norakoak:

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

- Lehen Arretan dauden lanpostuen inguruan eta lan egiten duten profesionalen inguruan, zenbakietan dantza handia dago. Osasun Sailak 2023ko ekainean igorritako informazioaren arabera -12/10/07/02/03144-3220 zenbakidun ekimenean jasoa- Lehen Arretako egiturazko plantilla: 5943koa zen (ondorengo taulan jasotzen dena)

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

- Lehen Arretan lanean ari zirenen profesionalen kopurua, arestian aipaturiko datan, 5998koa zen.
- 2023ko azaroan, Osasun Sailak Legebiltzarrera igorritako informazioaren arabera (12/10/07/02/03499-6060 ekimenaren bidez) egiturazko plantilla: 5943koa zen eta plantilla funtzionala: 6248koa.
- Halaber, 2023ko otsailean 12/10/07/02/02795-552 ekimenaren bidez igorritako erantzunean, jasotzen da 186 lanpostu bete gabe zeudela Lehen Arretan. Bertan aurki daitezke zein kategoría eta espezialitatekoak ziren. Uler zitekeen egiturazko plantillaz ari zela.

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

- 2022ko aurrekontuetan, Osasun Sailak EH Bildurekin egindako aurrekontu akordioaren ondorioz, honako egiturazko lanpostu hauek sortu ziren Lehen Arretan:

G.P.	PUESTO FUNCIONAL	Total
A1	F.E. MÉDICO/A DE FAMILIA - EAP	15
	F.E. MÉDICO/A PEDIATRA - EAP	4
	F.E. TÉCNICO/A FARMACEUTICO/A	13
	F.E. TÉCNICO/A ODONTÓLOGO/A	13
	Total A1	45
B1	ENFERMERO/A	92
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA FAMILIAR Y COMUNITARIA	95
	ENFERMERO/A ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	15
	FISIOTERAPEUTA	32
Total B1	234	
C1	HIGIENISTA BUCO-DENTAL	17
Total C1	17	
C2	ADMINISTRATIVO/A	3
Total C2	3	
D2	AUXILIAR ADMINISTRACIÓN Y AT. USUARIO	59
Total D2	59	
TOTAL PLAZAS	358	

- Osakidetzako pediatria egoeraz ideia bat egiteko, ikusteko Lehen Arretako eta ospitalarioaren egoera zein den, Osasun Sailak Legebiltzarrera

bidalitako ekimen honetan 12/10/07/02/02989-2020- ikus genezake:
[caae50aa-1361-4fc2-bcba-b012d6650bd1 \(legebiltzarra.eus\)](https://caae50aa-1361-4fc2-bcba-b012d6650bd1@legebiltzarra.eus)

- Jubilazioei dagokienean, Osasun Sailak Legebiltzarrera 2021ean igorritako informazio batean, (12\10\05\03\01073-7938 ekimenean jasotakoa), honako jubilazio hauek aurreikusten zituen 2022tik 2027 artean.

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

- Erabakiak goitik etortzen direla ikusten da, kontutan hartu gabe egunerokoan lanean ari direnek ikusten dituzten premiak, eta eurekin kontrastatu gabe. Tarteka neurri batzuek adostu izan dira, baina neurrien implementazioa ez da eraginkorra.
- Lehen Arretan bertan, eta beste espezialistekin dauden harremanak eta bi norabideko koordinazioa hobetzeko lan handia dago.

- Sistema informatikoak eta historia elektronikoak pisu handia dutenez egunerokoan, kudeaketara baina gehiago, zentzu klinikora bideratzea eta profesionalen beharrak kontuan hartzea ezinbestekoa litzateke.
- Osasun etxe, osasun zentro desberdinetan dauden praktika onak ezagutu, konpartitu eta zabaltzeko espazioak falta dira.
- Bajen eta alden kudeaketak, eredia aldatzeko beharra ikusten da.
- Osakidetzako beste profesional batzuek eskaturiko frogak osagarriak Lehen Arretakoak eskatu behar izatea; beste zerbitzu batzuetako zitak kudeatu behar izatea; edo beste zerbitzu batzuetako profesionalak eskaturiko frogak osagarrien interpretazioa egin behar izatea Lehen Arretako profesionalak oro har ez dute ikusten.
- Lehen Arretako ekipoa osatzen duten profesional desberdinen artean, funtzioak hobeto banatzea eta taldean lan egiteko premia ikusten da.
- Farmaziarekin dagoen zirkuitoa hobetzea, eta hainbat kudeaketa medikuak egin behar ez izatea.
- Ez dago ekipoetan lan egiteko grinarik oro har. Bultzatu behar da ekipoan lan egiteko kultura. Halaber, komunitatean, herritarrekin sustapenean sakontzeko bestelako profilak gehitu behar dira. Mikroekipoak indartuz, eta sustapena lantzeko, bestelako profilak gehituz. Ez dago ikuspegi komunitarioa txertatuta. Ez dago herritarra erdigunean. Pazientea “nirea” denaren mentalitatea oso zabalduta dago; eta pazienteak ez da inorena. Ikuspegi komunitarioa txertatzeko beharra dago komunitatean lan egiteko. Ekipo multidiziplinarretan lan gutxi egiten da. Halaber, talde hauetan,

garbitzaileak, zaintzetako erizain teknikariak eta abar barneratu behar dira ere.

- Hierarkia handia dago. Elkartasun gutxi.
- Pandemiatik lehen egiten ziren gauza asko egiteari utzi zaio.
- Ez dago lan kargen azterketarik, lanpostuen azterketarik, ebaluaziorik egina.
- Lidergo gabezia ikusten da. Dauden arduradunak ez daude prestatuta antolatzeko, motibatzeke, ekipoak egiteko.
- Formazio gabezia.
- Barne antolakuntza eskasa.
- Goitik beherako agindu gehiegi. Autonomia falta. Agendak kudeatzeko ere ez dago autonomiarik.
- Txanden antolakuntza ere hobetu behar da. Profesionalak ez daude prest batzuek beti arratsaldez lan egiteko; arratsaldeko txandak ez *dira nahi izaten*. Ez dago malgutasunik txandak antolatzeko, kontziliaziorako, ordutegiak antolatzeko.
- Lehen Arretarako proiektu sendo baten gabezia ikusten da.
- Indarrean dagoen pertsonal politikaren, kontratazio ereduaren ondorioz, profesionalekiko tratu txarra etengabea da.

- Lehen Arretak izan beharko lukeen tokia galdu egin dela ikusten da.
- Osakidetzako maila desberdinetako estamentuen artean koordinaziorako apenas ez dago kulturarik. Bakoitzak bere zilbarrera begiratzen duenaren inpresioa dago, *eta mundu guztia oso erreta dago.*
- Mediku eta erizainen artean talkak sustatu dira. Etengabeko alderaketak, bakoitzak kobratzen duenaren inguruan, egiten duenaren inguruan...
- Batzuetan Gizarte Zerbitzuekin koordinazio falta. Osasun Etxeak maiz oso itxita daude.
- Burokraziak pazienteari kaltetzen dio. Eraginkortasun gabezia handia dago. Pazientea alde batetik bestera etengabe.

3.4.- Osasun Mentala

3.4.1.- Kontzeptualizazioa

- Ikuspegi kontzeptualetik begiratuta, gainerako ekarpenek oinarri duten lehen proposamena da osasun mentalari lehentasuna ematea osasun orokorrean. Osakidetzarentzat bigarren mailakoa da osasun mentala, ia ez da beharrezkoa eta konpentsazio kimikoan oinarritzen da, piluletan, hain zuzen ere. Lehen mailako arretari eta gainerako arreta mailei egiten zaizkien arreta-eskaera askok osasun mentaleko arazoa dute ezkutuan, desoreka mentala baitago sintoma fisiko batzuen azpian. Fenomeno hori identifikatzeko, begirada holistikoa behar da. Mentalki osasuntsua den

pertsonak sintoma fisiko gutxiago izaten ditu; lepoa ez da burua gorputzetik bereizteko, batzeko baizik.

- Psikologia komunitarioak elementu fisikoak, psikologikoak eta sozialak biltzen ditu. Hiru ikuspegietatik aztertzen eta arakatzen du osasun mentalaren arazoa, sintomak, etiologia eta zer testuingurutan gertatzen den aintzat hartuta. Hiru begirada horiek beharrezkoak dira arazoari erantzun integrala emateko. Ondoeza zein den, ondoezaren jatorria zein den, biografia, amaren eta aitaren aginduak, giltzarri introspektiboak, familia- eta gizarte-testuingurua. Begirada sistemikoa eta diziplinarteko esku-hartzea. Psikologia komunitarioak komunitatea eta bere politikariak interpelatzen ditu irtenbideetan inplikatur.
- Osasun mentaleko esku-hartzeak biopsikosoziala izan behar du. Nahasmenduek, oro har, ez dute konpentsazio kimikorik behar, kasurik larrietan eta aldi baterako baino. Introspekzioa beharrezkoagoa da arazoaren etiologia aztertzeke eta familiaren eta gizartearen testuingurura begiratzeko. Horregatik, taldean esku-hartzea beharrezkoa da esku-hartzea optimizatzeko eta taldeetan sinergia sendatzaileak garatzeko, mendekotasun kimikoaren kronifikazioaren kontrakoak. Psicotikoak pastillazora kondentzea ez da etikoa; psikohezkuntza-taldeek eta senideek etorkizuneko agerraldi psicotikoak neutralizatzen dituzte. Konpentsazio kimikoak benetako jarraipena izan behar du. Psikiatragana hiru hilean behin joatea ez da jarraipena egitea.

3.4.2.- Egoera

- Ez da ulertzen Osasun Mentaleko Sarea Erakunde Sanitario integratuetatik kanpo kokatzea. Osasun Mentaleko Sareak ESletatik kanpo geratzea, osasun-espezialitate bakar gisa, ez da inola ere ulergarria, justifikazio arrazoiturik ez badago. Osasun mentala egituratzeko modu horrek nahasmendu mentalen estigmatizazioa bultzatzen dezake, jada berez seinalatuak egonik.
- Hiru lurralde eta hiru Osasun Mentaleko eredu ditugu. Ez dago errekurtsioetan ekitaterik. Hiru lurraldeetan dauden zerbitzuei dagokienez, ikusten da baliabide desberdinak dituztela, egitura komun batetik espero litekeen ekitatearen aurka.
- Ikus dezakegu Gipuzkoan eta Araban ez dagoela TAC (Tratamendu Aseritibo Komunitarioa) ekipamendurik, eta Bizkaian bai. Araban ere bada Errehabilitazio Komunitarioko zentro bat, beste bi lurraldeek ez dutena. Bizkaian, lehen gertaerei arreta emateko hainbat baliabide komunitario daude (4), baina gainerako herrialdeetan ez dago horrelakorik.
- Halaber, ospitale orokorretan arta akutua alde batetik eta gainerakoa Osasun Mentaleko Sarean egotea, zatikatuta ez du zentzurik ere. Azpiegiturak ere, hobetu badira ere, garai zaharkitu bati gogoratzen digute.
- 2023-2028 urteetarako Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategian (Osasun Saila, 2024), iazko irailean argitaratua, azpimarratzen da eredu komunitarioa dela arretaren esparrua, sistemaren oinarria da, "ez soilik

eredu teknikoa". Baina, osasunaren gainerakoan ESlen ereduarekin gertatu den bezala, osasun mentalean ospitaleen balioa nabarmentzen jarraitzen da, bai orokorra, bai psikiatrikoa. Oso agerikoa da lehen mailako eta ospitalekoen artean desorekatua dela giza baliabideen hornidura, eta horrek zalantzan jarrarazten digu komunitarioa oinarritzkoa dela dioen printzipioa. Adibide gisa jar dezakegu psikiatriako profesionalen banaketa ospitaleetako baliabideetan eta baliabide komunitarioetan.

1. taula. Psikiatriako profesionalen banaketa ospitaleko baliabideetan eta baliabide komunitarioetan.

	OSPITALEAK	BALIABIDE KOMUNITARIOAK
ARABA	37	24
BIZKAIA	83	131
GIPUZKOA	19	52

2. taula. Psikologiako profesionalen banaketa ospitaleko baliabideetan eta baliabide komunitarioetan.

	OSPITALEAK	BALIABIDE KOMUNITARIOAK
ARABA	2	16
BIZKAIA	15	68
GIPUZKOA	3	32

3. taula. Gizarte-laneko profesionalen banaketa ospitaleko baliabideetan eta baliabide komunitarioetan.

	OSPITALEAK	BALIABIDE KOMUNITARIOAK
ARABA	3,5	8,5
BIZKAIA	10	41
GIPUZKOA	0	19

- Esan beharra dago Gipuzkoan ez dagoela ospitale psikiatriko publikorik; beraz, Donostiako Unibertsitate Ospitaleko psikiatria-solairuari buruzkoak baino ez dira adierazitako zenbaki horiek.
- Oso deigarria da Donostiako Ospitalean eta Arabako Unibertsitate Ospitalean gizarte-laneko profesionalik ez egotea. Era berean, Arabako Unibertsitate Ospitalean ez da psikologiako profesionalik aipatu "*osasan mentalean lan egiten duten profesionale!*" buruz gure talde parlamentarioari emandako datuetan. (13/10/07/02/00015-1566).

3.4.3.- Diziplinartekoa

- Datu horiek, eta kontsultatutako profesionalen pertzepzioak berak, honako diagnostiko honetara garamatzate: osasun mentalean arreta integrala emateari dagokionez, Osakidetzak eskaintzen duena gero eta zentratuago dago sendagaiak ematean.
- Osasunaren ikuskera edo kontzepzio biopsikosozialaren aurrean, biologizista da lehenesten eta balioesten dena, beste biak ebatsiz artatutako biztanleei. "Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategia 2023-2028" bera aipatuz (Osasun Saila, 2024: *izaera psikologikoa, biologikoa,*

soziala eta okupazionala/funtzionala duten esku-hartzeak eduki behar ditu tratamenduak, printzipio etikoei men egiten dietenak eta eraginkortasuna eta segurtasuna frogatu dituztenak.

- Hala, estrategia horretan esaten da gizarte-baliabideek nahikoak izan behar dutela ospitalizazioek kasu bakoitzean behar-beharrezkoa den iraupena besterik izan ez dezaten, eta “*behar izanez gero, laguntza soziosanitarioarekin*” etxera itzultzea ahalbidetzeko.
- Ikusi da, halaber, joera biologizista handiko eredu horrek eragiten duena dela medikuak ez diren gainerako profesionalak tratamendu farmakologikoaren “laguntzaile” baino ez izatea. Beraz, eredu horrek ez du diziplinarteko lana bultzatzen, askoz ere aberasgarriagoa eta eraginkorragoa dena hainbat ikuspegi profesional bateratzen dituelako.

3.4.4.- Profesionalak

- Profesionalak zaintzea premiaz konpondu beharreko kontua da. Osasuntaldeetan profesionalen txandakatzea etengabea da duela urte batzuetatik hona. Aspalditik aurreikus zitekeen erretiro-kontuengatik plantilla berri egin behar zela. Hala ere, ez da behar bezala planifikatu, eta inprobisatu egin da erretiro horiek iritsi ahala.

Txandakatze handi horrek bi alderditan eragiten dio sistemari:

- Langileak: gero eta motibazio eta inplikazio txikiagoa dute taldean, ezegonkortasuna dela eta. Ezin da taldearekiko atxikimendurik izan gutxieneko egonkortasunik ez badago.

- Pazienteak: profesionalen txandakatze horrek eragina du profesionalakiko konfiantzan eta lankidetzan, etengabe jende desberdinaren esku utzi behar izaten baitute beren intimitatea. Ez dezagun ahaztu osasunak harreman-alderdia ere baduela bere profesionalarekin, batez ere osasun mentalean.
- Zerbitzurako behar den prestakuntzan espezializatorik ez izatea ere badakar txandakatze eta ezegonkortasun horrek. Osasun mentalean beharrezkoa da laguntza-talde osoak etengabeko prestakuntza izatea esku hartzeko teknikei eta trebetasunei dagokienez. Lantaldearen baterako prestakuntzarekin bakarrik lor daiteke jada aipatutako diziplinarteko arreta integral hori.

3.4.5.- Baliabideen saturazioa

- Pandemiaren osteko eskariaren ondorioz, gaur egun gainezka daude osasun mentaleko zentroak, baina urak gainezka egiteko falta zen tanta besterik ez da izan hori. Zenbait esparrutatik adierazi da pandemiaren ondoren sortu dela, eta egoera horrekin larriagotu eta azalerratu egin direla "nahasmenduak". Hala ere, saturazio hori duela 10 urte baino gehiagotik ari da gertatzen, eta irtenbideak eta alternatibak proposatzen ari dira profesionalak.
- Lehen mailako osasun-arretaren saturazioa bera da arrazoik nagusietako bat, eskariak eta profesionalen mugek gainezka eginarazi baitiote. Lehen Arretako taldeen egiturak, medikuntzara, erizaintzara eta administrazioko langileetara mugatua baitago, eragotzi egiten du pazienteen osasuna eta ongizate emozionala sustatzeko jarduera komunitarioak egitea. Beste

erkidego batzuetan, beste lanbide batzuk (psikologia eta gizarte-lana) sartzen dira osasun-taldeetan eta Lehen Arretatik bertatik egiten dituzte pertsoneri laguntzeko jarduerak. Hala, osasun mentalari lana arintzen diote mugatzaile sozial eta kulturelek sortutako ondoezei erantzunda, horiek herritarren osasuna eta ongizate emozionala baldintzatzen baitute askotan.

- Osasun mentaleko arreta-ereduak berak sortzen du saturazio hori, eredu mediko farmazeutiko horrek ez baitu errazten osasun mentaleko gainerako profesionalen esku-hartzea, "lankidetzatik" haratago.

3.4.6.- Prestakuntza

- Osakidetzan, ezta Osasun Mentaleko Sarean ez dago ibilbide formatibo propiorik egituratu eta sendoa. Formazioa ere kanporatu egin da eta erakundetik kanpoko eragileen eskuetan utzi da.
- Psikologia klinikoan gaitzeko prestakuntza psikodiagnostikora bideratutako prestakuntzan oinarritzen da, DSMIV berrituaren ikuspegitik, eta kategoriaren ikuspegitik, konpentsazio kimikorako joera baitu. Pastillazoa eta dirua laborategientzat.
- Gaikuntza klinikoan, ia ez dago terapia-edukirik, ez eta talde-terapiako edo banakako terapiako prestakuntzarik ere. Prestakuntzaren ardatza psikodiagnostikoa da, kategoriaren ikuspegitik ia ez da batere lantzen nahasmendu psikologikoen dimentsio psikosoziala. Horrek aukera ematen du arazoari izena jartzeko, eta medikazio jakin bat dago horretarako, pastillazoa, sinplea eta merkea ratioen eta arreta-denboren kontzepzioan,

eta onura handiak dakartzana farmazia-industriarentzat. Konponbide horrek kroniko bihurtzen du arazoa, eta antsiolitikoen, antidepresiboen eta abarren mende jartzen ditu. Horrek, ezinbestean diru gehiago ekartzen du farmazia-industriarentzat. Ikuspegi horren aurka, merkeagoa eta eraginkorragoa da begirada bio psikosoziala, kronifikazioa saihesten duelako eta egoera problematikoari buelta emateko tresnak ematen dizkiolako pazienteari.

- Prestakuntzak, batez ere, banakako eta taldeko psikoterapia egiteko izan behar du. Psikologiako karrerak nahikoa hezten du psikodiagnostikoan. Prestakuntza psikoterapeutikoan sendotu egiten da osasun mentaleko arazoen identifikazioa. Banakako eta taldeko psikoterapian prestakuntza duten psikologoak sartzen badira, eraginkorragoa izango da esku-hartzea.
- Lan eskaintza publikoek arautzen duten Osakidetzarako sarbidea psikoterapiako prestakuntza eta esperientzia dokumentatzen duten psikologo guztiei ireki beharko litzaieke; bereziki baloratu behar da taldeko psikoterapiako prestakuntza, psikologia komunitarioarekin bat datorrena.
- Psikoterapiako taldeetan prestakuntza duten psikologoak sartuz gero, osasun mentaleko arreta-mailak hobetuko lituzke, eta haren kalitatea eta eraginkortasuna hobetuko lirateke. Terapia-taldea, talde-kultura garatu ondoren, gune sendatzaile bihurtzen da, taldeak laguntza psikologikora bideratzen baititu bere energia emozionalak eta intelektualak.

3.4.7.- Ikerketa

- Garrantzitsua da gogoratzea osasun mentalean egiten diren ikerketa gehien-gehienak sendagaien egokitasunari eta erabilgarritasunari buruzkoak direla. Ikerketa horiek farmazia-industriak finantzatzen ditu ia osorik, eta, beraz, alborapen nabarmena dute eta osasun mentalaren ikuspegi partziala.
- Gainera, osasun mentaleko ikerketa psikiatreek egiten dute askotan, eta ospitalekoa da haien lanpostua. Baliabide komunitarioetako profesionalak adierazi dute zaila dela ikerketarako denbora izatea, agendak gehiegi kargatuak dituztelako.

3.4.8.- Genero-ikuspegia

- Arlo honetan bide luzea dago egiteko, bai pazienteei ematen zaien arretan, bai ikerketan eta emakumeen aurkako indarkeria-egoerak hautematen.
- "Psikiatriako eta Osasun Mentaleko Larrialdietako asistentziaren analisia, genero-ikuspegitik: 2017-2019 hirurtekoa" (Sáenz-Herrero M. & R., 2024) azterlanetik esaldi hau hartuta: *Medikuntzaren eredu tradizionaletik abiatuta, batik bat ikuspegi maskulintik aztertu dira gaixotasunak.* Azterlan horretan ondorioztatuenez, gizonen eta emakumeen diagnostikoak desberdinak dira larrialdi-zerbitzuetan. Emakumeei sendagai gehiegi ematen zaizkie eta gizonak gutxiegi diagnostikatzen dira.
- Era berean, osasun mentaleko genero-ikuspegiari dagokionez, profesionalak prestatu eta sentibilizatu behar dira, artatutako

emakumeekin genero-indarkeriako egoerak detektatu eta iker ditzaten. FEDEAFESek (Fedeafes, 2017) 2015 eta 2016 artean egindako azterlan batean, gaixotasun mental larria duten emakumeen errealitatea jarri zen mahai gainean, bi edo lau aldiz arrisku handiagoa baitute bikotekidearen edo bikotekide ohiaren eskutik indarkeria jasateko.

- Osasun mentaleko zentro komunitarioetan dagoen beste arazoetako bat da arreta emateko ordutegietan malgutasun txikia dagoela ordutegi horiek zaintzaileen (gehienak emakumeak) familia-kontziliaziora egokitzeko, goizez bakarrik ematen baitute arreta.

3.4.9.- Suizidioa

- Iaz 141 suizidio izan ziren Euskadin. 2022an Oraintsuko Suizidio-ahaleginaren Kodea (CISR) ezarri bazen ere Osakidetzaren sare osoan, pertsona askok adierazi dute ez zaiela protokolo horren araberako arretarik eman suizidio-saiakeraren ostean.
- *Alta eman ondoren, pertsonak, 48 orduko epean, gehienez, Osasun Kontseiluko Erizaintzako profesional baten deia jasoko du, haren egoeraren berri izateko eta, behar izanez gero, laguntza-urrats batzuk emateko. Deiak beste bi aldiz egingo dira, gutxienez, 15 eta 30 egun igarota. Aldi berean, Osakidetza pertsonarekin harremanetan jarriko da telefono bidez, hitzordua eskaintzeko Osasun Mentaleko profesional batekin, gehienez 3 eguneko epean.*

3.5.-Etenik Gabeko Arreta Guneak

- Oro har, Lehen Arretak artatzen dituen larrialdi guztietan gertatzen den bezala, EAGan diharduten profesionalek heltzen zaizkien eskarien portzentaje handi bat konpontzen dute lehen harremanean. Artatutako pertsonak ospitale batean bakarrik dauden baliabideak beharko balitu, EAGak pazienteari lehen arreta eman, egonkortu eta ospitalera bidaltzeko ahalmena eta gaitasuna dauka, oro har Lehen Arretak bezalaxe.
- Araba, Bizkaia eta Gipuzkoan Osasun Zentro guztiek ez daukate EAG zerbitzua, baina orain arte dauden EAGak hiru lurraldeotako edozein biztanlerentzat irigarri daude denbora tarte labur batean, nahiz eta hiri guneetako biztanleek erraztasun gehiago izan horietara heltzeko. Oro har, biztanleriaren zati esanguratsu batentzat errazagoa da EAGra heltzea ospitale batera heltzea baino.
- Lehen Arretak berezkoa duen jarraitutasun eta longitudinalitatea bermatzen lagundu behar du EAGak, eta hala egiten du sarri.
- Edozein unetako urgentzia eta larrialdiak artatzeko Osasun Zentroak daude, teoriarik. Ohiko ordutegiz kanpo Osasun Zentroaren atentzio urgentea bermatzen du EAGk, eta horretarako Osasun Zentroaren baliabide guztiak ditu bere eskura.
- Egoera horrek, herritarren artean desberdintasunak sortzeaz gain, modu inplizituan oso mezu arriskutsu, nahasgarri eta larria zabaltzen du.

Gasteiz batean, esate baterako, hagineta min bat gaueko hamarretan ospitalez-kanpoko larrialdi bat da, eta gaueko hamabi t'erdietan larrialdi ospitalario bat? Afaria prestatzen labanaz ebaki eta hiru-lau puntu behar dituen pertsonak ospitaleko urgentziak behar ditu, istripua gauerdia baino beranduago gertatu delako? Sekulako nahasmena sortu du horrek...izan ere hagineta mina goizaldeko ordubatean ospitaleko urgentsia baldin bada, zergatik ez da izango ospitalarioa arratsaldeko seietan? Ospitaleko larrialdiak, EAGak berak eta batez ere herritarren arreta kaltetzen duten neurriak dira.

- Oso eraginkorrak dira: berehalako arreta azkarra eta eraginkorra ematen da. Kontsulta gehienak momentuan bertan ebatzen dira, LMAra edo ospitalera bideratzeko beharrik gabe. Halaber, ospitalean jaso beharreko arreta espezializatuago behar duten kasuen galbahea egiten da, eta lana aurreratzen da: osasun arazoa gertatu den lehenengo momentutik bizikontanteak hartzea, hasierako diagnostika egitea, mina arintzea, errekurtsioak (anbulantziak...) kudeatzea, etab.
- EAG-ek gizartearen periferian dauden, gizarte arrakala gehien pairatzen duten kolektiboetako biztanleriaren parte handi bat artatzen dute. Askotan beste zerbitzuetatik at geratzen direnak, arrazoi desberdinengatik.
- EAG-ak Osakidetzako gainerako zerbitzuen artean erraztaile funtzioa ere betetzen dute.
- EAG handienen kasuan, lan karga handia asumitzen da, gainontzean ospitaleko larrialdietan artatu beharko litzatekeena.

- EAG txikiagoen kasuan, kontsulta kopurua baxuagoa bada ere, desplazamendu luzeak ekiditen dira (oso garrantzitsua paziente zaurgarrientzat), eta larrialdi kasuetan berehalako arreta bermatzen da. Ekipo osodun (medikua, erizaina eta teknikoa) ambulanzia kopurua murrizta da eta dispertsio handia dute; beraz, pentsaezina da EAG periferikoak ixtea: osasun baldintzatzaileen desberdintasunak gehiago areagotuko lirateke hiri eremu eta periferikoen artean.
- Etxez-etxeko arreta ematen da 24 orduz. Paziente zaurgarrientzat ezinbestekoa da hau. Ospitalera joatea ekiditeak konplikazioak saihesten ditu kasu askotan: infekzio nosokomialak, norbere segurtasun eremutik (etxetik) irteteak ekar lezakeen desorientazioa, familientzako lan karga areagotzea edo zailtzea... Bizitzako azken fasea eta zainketa paliatiboak etxean egitea bermatzen du zerbitzu honek (kasu asko ez dira etxeko ospitalizazio bidez artatzen). Medikuaren arretari dagokionez, Barrualdean, Basauri eta Durangoko EAGetan daude soilik gidariak, gainontzeko EAGetan zerbitzu hau azpikontratatuta dago. Erizainen kasuan, erizain lokalizatuek egiten dute lan hau: alde batetik, hurrengo egunera itxaron ezin duten etxeko kontsultak, eta bestalde, asteburuetako kontsulta programatuak (sendaketak, medikazioa jartzea etab.).
- Eztabaidagai nagusietakoa da Etenik Gabeko Arreta Guneen etorkizuna. Gutxienez 2011tik heldu gabeko eztabaida da. Lehen Arretan kokatzen diren arren, zentro batetik bestera desberdintasun handiak daude. Zentro batzuek Lehen Arretatik bereziak daude eta horietan ez dago apenas harremanik; baina beste batzuetan harremana estua da Lehen Arretarekin. Osakidetzako gainerako esparruentzat eta profesionalentzat ezezagunak dira, eta ez da ezagutzen egiten duten lana. Funtzioak ez daude ondo

zehaztuta eta biztanleriak ez ditu ondo ezagutzen: honek “cajón de sastre” izatearen sentsazioa dakar langileen artean (zer gara? Lehen Arreta? Urgentziak?). LMArekin kohesioa falta da, talde ikuspegiarekin funtzionatzea. Motibazio falta nabari da EAGko langileengan.

- Osasun sistema osoaren egitura eta zerbitzu bakoitzaren funtzioak ezezagunak dira biztanleriaren zati handi batentzat, eta zerbitzu bakoitzera zertara jo beharko genukeen ez jakiteak erabilera desegokia egitea dakar. Adibidez, Lehen Arretakoak diren kontsulta asko (kronikoen jarraipena, odol analisiak eskatzea, laneko bajen kudeaketa, eboluzio luzeko zaurien sendaketak...) EAGetan artatzen dira, txanda eskatu beharrik ez dagoelako (edota kasu askotan, Lehen Arretako mediku/erizainarekin txanda eskuratzea zaila delako). Lehen Arretako ekipoen lanaren garrantzia gehiago ezagutarazi beharko litzateke, eta aipatutako adibideak LMAn tratatzearen onurak azpimarratu (profesionalek pazientearekiko duten ezagutza eta hurbiltasuna, gaixotasunen eboluzioaren jarraipena etab.). Antzerako zerbait gertatzen da ospitaleetako larrialdien kasuan ere; EAGetan artatu daitezkeen kontsulta arrazoi askok larrialdietan bukatzen dute, hobeto artatuak izango direnaren usteagatik. EAGen funtzioak ere hobeto ezagutarazi behar dira, eta bertara jotzearen onurak (azkartasuna eta erosotasuna, beharrezkoak ez diren frogak ez egitea etab.). Laburbilduz, osasun sistemak nola funtzionatzen duen azaldu behar zaio biztanleriari, eta arreta berezia jarri berriki bertara bizitzera etorri diren pertsonengan.
- Etenik Gabeko Arreta Guneen gainbeheran, urteetan indarrean sartu diren neurri desberdinek sustatu dute. Ez da azken urteko kontua. Profesionalen

artean egin diren funtzio banaketak ez dira euren formazioarekin koherenteak izan. Adibidez, zeladoreek triajeak egiten, erizainek egin beharko luketenean; erizainak medikuen lanak egiten... Orain esaten da, mediku faltagatik dela; baina aurretik erizainak ez ziren kontratatzen. Erizain gabezia zegoen?

- Horrez gain, gero eta gehiago dira medikurik gabe diharduten EAGak.
- Osakidetzak, azken urte t'erdian, inolako egonkortasun espazialik ez duten plazak sortu ditu bere plantillan (hau da, gaur Durangoko EAGn lan, etzi Zornotzan eta datorren astean Ondarroan; plaza estatutarioak, finkoak, ez behin-behineko kontratuak).
- Profesionalek adierazten dute EAGtan lan egitea ez dela erosoa –are gutxiago ospital betetik oso urrun dauden EAG-tan, Ondarroa, Lekeitio edo Amurrion esate baterako--; Lehen Arretan lan egitea ere, oro har, ospitalean lan egitea baino deserosoagoa da askoz ere, lan karga handiagoa delako, medioak urriagoak, eta ziurgabetasuna askoz ere handiagoa. Grafikoki esateko, Lehen Arretan (EAG barne) --eta ospitaletako urgentzietan ere bai, baina ez gainerako ospitaletako sailetan-- ziurgabetasuna erabatekoa da, inork ez dakielako zer arazo izango duen atetik sartzen den herritarrak. Lehen Arretan diharduen medikuak prest egon behar du datorkion edozein gauzari aurre egiteko (izan hanka bihurritu bat, azaleko arazo bat, depresio bat, arnasbideko gaixotasun bat edo bihotzeko bat): horregatik da mugagabea ziurgabetasuna. Kardiologoarengana iristen den pazientea, ordea, aurretik ebaluatuta dator, eta gerta badaiteke ere, ez da probablea arazo endokrinologiko

baten aurrean suertatzea kardiologoa. Seguruenik arazo kardiobaskular baten aurrean egongo da. Ziurgabetasun maila, beraz, txikiagoa izango du. Eta ziurgabetasun hori estresore oso indartsua da, osasun langilearen burn-outa ekar lezakeena.

- Formazio gabezia EAG-tan ere nabarmena izan da, Osakidetzan gainerako zerbitzuetan gertatzen den bezala. Halaber, formazioa ezin da soilik osasun, kontu sanitarioei lotua egon behar. Baizik eta formazio integralagoa izan beharko litzateke, gizartean dauden kultura desberdinetako kolektiboak hobeto ulertzeko ere bai.
- Urteetan, Etenik Gabeko Arreta Guneetan ordutegi murrizketak eta itxierak ikusi ditugu. Osasun Sailak, 2022ko azaroan, EAG-etan ezarrita zegoen ordutegiak helarazi zituen Legebiltzarrera 12\10\07\02\0244-5508 zenbakidun espedienteko ekimenaren harira. Eta berriz 2024ko otsailean, 12/10/07/02/03688-196 zenbakidun espedienteko ekimenaren ondorioz.

Taula biak eransten ditugu ondore

2022ko taula:

HORARIOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAQ) DE OSAKIDETZA					
OSI	PAC	UBICACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	HORARIOS	
		(Localidad)	abierto/cerrado	Laborables	F. ayn./Festivo Indicar horarios
Goierni-Urola Garaia	PAC Azpetitia	AZPETITIA	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
Tolosaidea	PAC Andoain	ANDOAIN	Cerrado		
	PAC Tolosa	TOLOSA	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Debabarrena	PAC Eibar	EIBAR	Cerrado		
	PAC H Eibar	EIBAR	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Elgoibar	ELGOIBAR	Cerrado		
	PAC Ermua	ERMUA	Cerrado		
Bidasoa	PAC Iruñ - Centro	IRUÑ	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 Zarautz	ZARAUTZ	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Lasarte-Oria	LASARTE	Cerrado		
	PAC Alza	DONOSTIA	Cerrado		
	PAC Ondarreta	DONOSTIA	Cerrado		
	PAC Zumaia	ZUMAIA	Cerrado		
	Rioja Alavesa	PAC Labastida	LABASTIDA	Abierto	15:00 - 08:00 a.m. con guardia localizada
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
	PAC H San Juan de Dios	SANTURTZI	Abierto	17:00 - 08:00	24h
Barrualde-Galdakao	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 Lekeitio	LEKEITIO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Bermeo	BERMEO	Abierto	17:00 - 08:00	24h
	PAC Basauri-Aritz	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 Bagofa	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00
	PAC Dr Arellano - Indautxu	BILBAO	Abierto	Si actividad asistencial	09:00 - 24:00
	PAC Peñalde	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00
	PAC Deusto	BILBAO	Abierto	17:00 - 24:00	09:00 - 24:00

2024ko taula:

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	BASAUARI	17 - 8 h	24h
		PAC Llodio	LLODIO	17 - 8 h	24h
	OSI AMURRIO	PAC Amurrio	AMURRIO	17 - 8 h	24h
		PAC Markonzaga - Sestao	SESTAO	17 a 8 h	24 h
	OSI BARAKALDO-SESTAO	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
	OSI EZKERRALDEA-ENKARTERRI-CRUCES	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 Irun - 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
OSI TOLOSALDEA	PAC Tolosa	TOLOSA	17 - 8 h	24h	

- Halaber, lehen ordutegi itxierak eta zentroyen itxierak baldin baziren, azken urtean mediku gabeko funtzionamendua ezarri zen, erizainei jardunerako protokolo bat ezarriz, inolako babes juridikorik gabe. Erizain bakarra dagoen tokietan, beste erizain bat jarriaz babestuago sentitzeko edota beste EAG batetako mediku batekin kontsulta telefonikoak egiteko aukera emanez, horrek beste EAG-eko funtzionamenduan eta osasun profesionali ekartzen dien guztiarekin. Edo ikusi izan dugu ere herritarrei esanez, etorri 22:00tik aurrera, orduan egongo da medikua eta. Hortik ondorioztatu daiteke EAG-en funtzio eta izaera aldaketa bat sustatu nahi izan dela. Ikusi da, protokolo eta funtzionamendu

aldaketarekin, deribazio zerbitzuak bilakatu direla, bide batez, errekurtso publikoen erabilera desegoki bat sustatuaz eta eraginkortasuna galduaz.

- EAGetan medikurik ez dagoen kasuetan jarduteko protokoloa praktikan ez da era bateratuan erabiltzen; une horretan lanean dauden profesionalen arabera asko aldatzen da jarduteko modua. Protokoloarekiko adostasun faltagatik, mediku askok pazientea beste EAG batera edo ospitalera bideratzeko eskatzen dute (protokoloaren arabera medikazioaren preskripzioa telefonoz egin beharko litzatekeen kasuetan, erizainaren arta presentzialarekin soilik) eta beraz, erizainen jarduteko modua oso aldakorra da, *egun bakoitzean koordinazio zentroan edo EAG "ispiluan" dagoen medikuaren arabera, egoerara moldatu behar dira erizainak*. Honek, saltzen diguten erizainen "ahalduntzea" sustatu beharrean, intseguritatea eta laneko estresa areagotzen du. Pazientearen ikuspuntutik ere, jasoko den arreta desberdina izango da egunaren arabera (erizainak soilik ikustea, medikuaren arreta telefonoz jasotzea, ospitalera edo beste EAG batera mugitu behar izatea... lanean dagoen ekipoaren arabera erabaki desberdinak hartzen dira egun bakoitzean).
- Lehen Arretako osasun etxeak ixten direnean, itxoin ezin duen arreta bermatzeko daude EAG-ak. Ospitaletako larrialdietara joateko haina larria ez den osasun egoera baten aurrean erantzuteko. Aurreikusten da osasun etxe gertukoak izan behar direla, pazienteari jarraikortasuna eta ezagutza bermatuko diena,

Lehen Arretarekin eskutik aritzeko. Baina orain, sortzen ari diren erreferentzia gabeko kupo gabeko unitateekin dena apurtzen ari da; hain justu, publikatu zen lekualdaketa lehiaketan -398/2023 ebazpena, apirilaren 23koa- atera ziren eta ofizializatzen hasi ziren eredu horretako kontratazioak.

- Egoeraren aurrean, EAG-tatik agendak Lehen Arretara ere ari dira bideratzen, 20:00ak arte irekita dauden lehen arretako kontsultetan “demandako” kontsultak gehituz. Ondorioz, lehen arretan agendatuak eta programatuak zeuden kontsultak kaltetuz.
- Urteetan, lanpostu asko eta asko errefortzu gisa kontsideratu dira, egiturazkoak zirenean, *eta ez-ohiko orduetan oinarrituta funtzionatu da*. Abusatu egin da autokontzertazioaz; eta gainera, gaizki ordainduak ere izan dira, gainerako Osakidetzako eremuekin alderatuta. Horrek ekarri du behar ziren lanpostuak ez azalera, ez planifikatzea, eta poliki-poliki egitura mehetzea. Egiturazko neurrietan zentratu ordez, planifikazio, kudeaketa eta pertsonal politika egiturazko bat egin ordez, bat-batekotasunean funtzionatu da. Horrela langileak telefono batetik zintzilikatuta izanik.
- Erizainek ere egin behar dituzten etxez etxeko arretak izugarriak dira: Durangotik Lea Artibai eta Gernikaldera. Erizain lokalizatuak, presentzialen ordez. Medikuek gidaria baldin badu, medikua ez dagoenean gidaria lan gabe geratu eta erizainek taxia hartu behar izatea. Denetarik ikusi dugu.

- Osakidetzak eta Osasun Sailak hartu izan dituzten neurriek etengabe osasun profesionalengan jarri dute erantzukizuna. Dena euren bizkar. Instrukzioak, jarraibideak ere sinatu gabe iritsi zaizkie.
- Uda honetan gertatu den bezala, medikurik gabe lan egiteak ondorioak izan ditu bai pazienteengan (kalitatezko arreta osoa ez jasotzea, beste EAGetara edo ospitalera mugitu behar izatea, etxez-etxeke arreta ez jasotzea eta ospitalera mugitu behar izatea...) baina baita langileengan ere. Medikurik gabe lanean aritu diren zeladore eta erizainek babesgabetasun eta ziurgabetasun sentazioa izan dute: protokoloa lekuaren/egunaren arabera desberdin aplikatzea edo kontentzio lana egiten aritzea (“bihar etorri”, “joan ondoko herriko EAGra edo ospitalera”...). Ekipo oso gabeko EAGek ez dute zentzurik; ez dago arreta medikurik, baina erizainen arreta ere eskatu egiten da: ez dute euren funtzioak era egokian garatzeko aukerarik, eta ez dagozkien funtzioak egiteko presionatzen zaie. Egoera horrek profesionalen arteko talkak ekarri ditu. Beste estamentuekiko konfiantza ezak (elkarri lana edo funtzioak kentzea, intrusismoa...) eta aparteko orduen zenbatekoaren eztabaidak lan giroa gaiztotu dute. Arazoa egiturazkoa da eta medikuen aparteko orduen prezioa igota ez da konpontzen: soldata arrakala handitzen du, plantilla ez dago behar bezala hornituta, etab.

3.6.-Emergentziak ESI

3.6.1.-Sarrera

- Emergentziak Osakidetza funtsezko zerbitzua da Euskal Osasun Zerbitzuaren barruan, pazienteei osasun-arreta emergentea eta urgentea emateko eta haien bizitzak salbatzeko lehen katebegia. Urteko 365 egunetan eta eguneko 24 orduetan lan egiten da etengabe; horregatik, lehen mailako arretako edo etxeke ospitalizazioko zerbitzuak zerbitzuz kanpo daudenean ere (20:00etatik aurrera, jaiegunetan, asteburuetan) artatzen dira paziente guztiak. Osareanen telefonoko kontsulta guztiei ere erantzuten diete Emergentziak erakundeko langileek. Horrez gain, beste agenzia batzuekin ere harremana du, hala nola, Ertzaintzarekin edo Suhiltzaileekin.
- Ospitalez kanpoko emergentziaren (OKE) eremuan ezagutza zientifikoaren hazkunde jarraitua, teknologiaren sofistikazioa, ahalmen terapeutikoaren areagotzea, biztanleen zahartzea eta gaixoek behar dituzten zaintzen areagotzea ezagutzen ari gara. Honek artaren konplexutasuna eta, ondorioz, kudeaketa profesional baten beharra dakar berarekin.
- Baliabideen banaketa egiteko orduan ez dira erabili eskura ditugun datu guztiak. BCAM-ekin hauek egoki banatzeko azterketa bat abiatu zen, baina ez zen amaitu. Helikoptero bat kudeatzen dugun arren, heliazaleren banaketa egokirik ez da egin. Horrela, Donostiako ospitaleak ez du heliazalerarik.

- Egunean 1.200 aktuazio inguru egiten ditu hiru probintzietan. Horregatik, plan estrategiko zehatz bat duen zerbitzu indartsu bat izatearen garrantzia transmititu nahi dugu, hazteko eta lan egiteko helburuarekin, pazienteek gure aldetik erantzun azkarra eta kalitatezkoa izan dezaten.
- Eta halere ezezagunak eta ahaztuak gara. COVID-19ak eragindako krisian bai administrazioak, bai zentroek, bai kontseiluak eta bai ekipoek lan itzela egin zuten arren, ez dira existitu. Osakidetzaren “Informe seguimiento COVID-19 (2020/04/09), “Plan para la recuperación de la actividad asistencial ordinaria” dokumentuetan, *Bizi-Berri* planean edo Gobernuak deseskalatzea egiteko Madrilen aurkeztutako dokumentuetan ez zen zerbitzua ezertarako azaltzen.

3.6.2.-Plan Estrategikoa

Urteak daramatzagu plan estrategikorik gabe eta epe ertain-luzerako proiekturik gabe; beraz, ez da etorkizunerako helbururik zehaztu. Asistentzia-eskaerak eta -kargak gora egin duten bitartean, Emergentziak Osakidetzak duela hamar urteko ildoari jarraitu dio, eta, horregatik, gaur egun ez da nahikoa sortzen ari diren egoerei ematen zaien erantzuna.

Beharrezkoa da jakitea zer nahi duen Osakidetzak Emergentziak erakundea izatea, zer helburu dituen, eta, horrekin, benetako plan estrategiko bat egitea, baliabideak eta lan-planak behar bezala birdimentsionatuz. Emergentziak Osakidetzak Osasun Sailaren eta Osakidetzaren plan estrategikoekin lerrotutako plan estrategikorik ez duenez, zabuka doa aspaldian.

- Zerbitzuaren konplexutasuna: Sakabanatze geografikoa (3 probintzian gaude), lan egiteko modu desberdinak (baliabide desberdinak, protokoloak), anbulantzia desberdinen koordinazioa, hainbat agentziarekiko harremana... horrek guztiak Emergentziak kudeatzeko zerbitzu zaila izatea eragiten du, bere konplexutasunagatik.
 - Zentro koordinatzailea (3 guztira, 1 probintzia bakoitzeko):
 - Ez dago protokolo eguneraturik, ez eta algoritmo balioztaturik ere, ez dago funtzio espezifikorik kategoriatan bakoitzerako. Duela hilabete batzuetatik, zentro koordinatzaileetan medikurik ez dagoenean, txanda erizaintzarekin betetzen da, inolako babes juridikorik gabe, ezta protokolo balioztaturik ere.
 - Protokolo operatiboak prestatzea: Ez dago larrialdi motaren arabera zein baliabide bidali behar diren argi eta zehatz definitzen duen prozedurarik. Larrialdi batean SVA, SVAe, SVB edo anbulantzia kolektiboko baliabide bat aktibatzea koordinatzaile/operadorearen irizpide subjektiboen menpe dago, baliabideak erabiltzeko erabakiak, batzuetan arretaren presioaren arabera hartzen dira laguntza edo argudio faltagatik. Ondorioz, prozeduren babes ezak eta baliabideen erabilera desegokiak (gaixoak mailetekin ospitalera eramatea), arretaren eraginkortasunean eragiten du. Besteak beste, gaur egungo eztabaidaketako bat, SVAe nola erabili kokapen eta egoera zehatzetan.

- Egiturak: Gipuzkoako koordinazio zentroan egoera negargarrian daude, ia leihorik gabe, aldagelarik eta dutxarrik gabe, kableak lurrean ditugula, klimatizazio egokirik gabe.
- Instrukzio bat daukagu, 12 orduko txandetan 15 minutuko atsedena hartzeko, baina batzuetan, osasun-langile bakarra dagoenean, ia ezinezkoa da atsedenaldiak egitea. Ez dago dietarik, nahiz eta anbulantzia bezala 12 orduz lan egin.
- Kontseilu-sanitarioa: jakin beharko litzateke zer funtzio bete behar dituen kontseilu-sanitarioak, eta norantz hazi behar duen. Ez dago zehaztuta zentro koordinatzailearekiko elkarrekintza; protokoloak eguneratu behar dira.
- Bizi Euskarri Aurreratuko ekipoak: baliabide batzuk eta baliabide batzuetako kategoria batzuk enpresa pribatutakoak dira. Sakabanaketa geografikoaren eta idiosinkrasiaren ondorioz, dotazio bakoitzean ezberdin lan egiten da. Asistentzia ona emateko eta justifikatu gabeko aldakortasuna saihesteko, jarduerak berrikusi behar dira, protokolo bateratuak eta bilera erregularrak egin.
- OBE: baliabide guztiak enpresa pribatuarenak dira. EAEn ematen ari den laguntzaren funtsezko zati bat dira; izan ere, jarduera gehien egiten dituztenak dira, eta pazienteengana azkarrago iristen direnak. Urteak dira ez direla behar bezala kudeatzen, eta horrek eragina du asistentziaren kalitatean. Etengabeko prestakuntza egin behar da elkarrekin. Sareko baliabide osagarrien kudeaketa, Anbulantzia programatuen koordinazioa da luze aztertu beharreko gaia, guztiz baldintzatu eta mugatzen duena koordinazio zentroaren kudeaketa

kudeaketa eta eragin zuzena duena eguneroko oinarrizko bizi euskarriko anbulantzien eta koordinazio zentroko profesionalen gain, ez direlako modu integratuan kudeatzen. Horien erabilpena eta premiazkoak ez diren lerraldietako zerbitzuen kudeaketa da jorratu beharreko atala. Baliabide operatiboen osagarritasuna.

- Medikuak/Erizainak Lehen Mailako Arretako ordutegitik kanpo: Gipuzkoan azpikontrataturako enpresa batek ematen du zerbitzu hori, eta enpresa horrek kexa ugari jaso ditu bere arretagatik (baliabide gutxi eta paziente asko oso berandu artatzeko, askotan ez dira presentzialak, etab.). Osasun Sailak kexa horiek guztiak dituen arren, ez du neurri eraginkorrik hartu. Beharrezkoa da protokoloak bateratzea eta zerbitzu honetako profesionalekin saio bateratuak egitea.
- Parke mugikorra/Biltegia: Bilbon kokatua, modernizatu eta informatizatu beharra, bere funtzioak arindu eta erraztu ahal izateko.

- Interakzio ugari beste zerbitzu batzuekin
 - Lehen mailako arreta, etxeko ospitalizazioa, paziente onkologikoen etengabeko arreta (akutuak, kronikoak, terminalak...). Etengabeko arreta bermatu nahi badugu, protokoloak, interakzioak, deribazioak ezarri behar dira.
 - Larrialdiak/espezialitateak: ospitale-zerbitzuekin eta larrialdiekin komunikazioa eta protokoloak berrikustea (IKTUS kodea, Trauma kodea, Infarto kodea...). Jarduerak berrikusi,

nola egin transferentziak pazienteak mobilizatzeko, ospitale arteko lekualdatzeetarako protokoloak...

- Arreta espezializatua eta ultraespezializatua (ECMO, neonatologia, transplanteak, sortzen ari diren infekzioak...). Jarduera horietarako boluntario trebatuak eta lokalizatuak dituzten baliabide espezifikoek beharrezko garrantzia.
- Larrialdiei Aurre Egiteko Zuzendaritza, Poliziak/Suhiltzaileak: beste agenzia batzuekin komunikazioa mantentzearen garrantzia, kasuen berrikuspena eta etengabeko prestakuntza batera egiteaz gain.
- Kanpoko ekitaldiak eta ekitaldi jendetsuak jaiegunak, kirol-ekitaldiak...): erakunde gisa garatzea eta prestatzea, eta diseinuan eta garapenean aktiboki parte hartzea.
- Biktima askoko gertakariak: gainerako parte-hartzaileekin interakzioa barne hartzen duen etengabeko prestakuntza egitearen garrantzia, koordinatzeko oso gertakari konplikatuak baitira.
- Mugaz gaindikoa: Beste probintziekin eta herrialdeekin protokoloak berrikusi eta baliabide gehiago jarri, behar izanez gero.

Interes talde hauekin ez dago harreman egonkorrik. Ondorioz, beraien beharrak ez dira prozesuetan sartzen eta ez dira kudeatzen.

Historia klinikoa ez da beti Osabiden sartzen eta sartzen den kasuetan hobekuntza tartea handia da. Ospitaleko artarako hain garrantzitsua den geldialdien erregistroa ez da Osabidera igotzen.

Azkenaldian ez zaio erabiltzaileari inkestarik pasatu eta bere iritzia ez da kontuan hartu asistentzia antolatzeko orduan.

- Instalazio propioak eta zerbitzuak kudeatutakoak hornitzea: gaur egun, ia ez dago instalazio propiorik Emergentziak Osakidetzan; horregatik, ezin ditugu aldaketak edo hobekuntzak egin instalazioetan.

3.6.3.-Pertsonal kudeaketa

- Emergentziak Osakidetzako eta Osakidetzako partaide izatearen harrotasun sentimendua erabat galdu da.
- Aspaldidanik, langileen aurkako tratu txar sistematikoa orokorra izan da, batez ere ordezkoean. Urteak daramatzate Osakidetzaren Akordio Arautzailearen 35. artikulua bete gabe, eta beharrezkoa da langileek bi hilean behin karteldegia izatea. Hurrengo hilabeterako, 25-26 egunerako, karteldegia eman dira, eta, horrela, urteetan zehar, egoera jasanezina izan da. Hori dela eta, langile askok zerbitzutik alde egitea erabaki du, ziurgabetasuna eta familia bateragarri egiteko zailtasuna direla eta.
- Langraizko basea inauguratu zenean, langileei urteko karteldegi osatugabe bat eskaini zitzaion, ordutegi-defizitarekin eta oporrik gabe (beste oinarri batzuetan karteldegia osoa denean), eta egoera horrek langile nekatu eta nahigabetuak ekarri ditu, Kudeaketa Taldearen negoziazio-jarrera ezdeusarekin. Gertakari horien aurrean, gaur-gaurkoz beste zerbitzu batzuetara joan diren profesionalen "ihesaldi" garrantzitsu bat aurkitzen dugu.

- Euskara planaren kudeaketa egokirik ez da egin azken urteetan.
- Profesional berrien harrera protokolo eguneraturik ez dago. Gure zerbitzuko profesional ugari erretiro adinera inguratzen ari denez, hurrengo urteetako beharrak aztertu eta ezagutzaren transmisioa ziurtatuko duen errelebo planifikatua behar da.

3.6.4.-Kudeaketa Ekipoa

Funtzioak eta erantzukizunak zehaztea, bitarteko karguei boterea ematea eta estamentu eta lurralde guztietako langileekiko harremana bermatzea.

Gaur egun honako karguak daude:

- Gerentzia
- Zuzendaritza ekonomikoa
- 3 Lurraldekoak
- Langileen buruzagitza
- Asistentziaren arduraduna
- Erizain-ondokoa
- Prestakuntzako arduraduna
- OBE eta gailuen arduraduna
- Osasun Kontseiluko arduraduna

Bakoitzaren funtzioak ez daude egoki definituak eta bat-batean, estrategia eta plangintzarik gabe ari dira lanean. Plan Estrategikoa, helburuak eta hauek lortzeko

ekintzak definitu ondoren, zuzendaritza taldearen osaera birdefinitu beharko litzateke.

Osakidetzak bere estrategiaren 5.2 puntuan Euskalit-en Gestio Aurreratuaren ereduaren aldeko apustua egiten du. Honen arrastorik ez dago Emergentziak erakundean.

Garai batean prozesuak definitu ziren eta hauen kudeaketa abiatu zen. Gaur egun prozesuen kudeaketa erabat utzita dago.

Osakidetzaren strategiako 1.5 puntuan eta segurtasun estrategian jasotzen den helbururik ez da landu. SNASP bidez egindako komunikaziorik ez da kudeatu. Taldea ez da bildu. Ondorioz, ez dago gomendiorik eta ez dago hauen inplementaziorik.

- Langileekiko komunikazioa: Azken urteotan Kudeaketa Taldearen ezaugarria izan da langileekiko komunikazio eza. Oinarri bakoitzean lurraldeko arduradunarekin aldizkako bilerak egiteak edo Kudeaketa Taldearekin urteko helburuak zehazteko bilerak egiteak, zerbitzuaren urteko datuak argitaratzeaz gain, zerbitzua behar bezala garatzeko giltzarriak izan beharko lukete. Kudeaketa egin beharko lukeen taldearen eta asistentzialen arteko arrakala gero eta sakonagoa da.
- KSU: Datuak biltzearen garrantzia, urteko memoria egitea, ikerketa garatzea (EHU egiten ari den bezala).

Momentu honetan, ez dago daturik. Aktibitate datuak ere ez dira egokiak. Ez dago kudeaketan lagundu dezakeen adierazlerik. Datu estrategikoak (egiturazkoak,

prozesuak neurtzen dituztenak eta emaitzak) ez dira behar bezala jasotzen. Gaixoen gogobetetasuna, kexak, zorionak edo iradokizunak ez dira kudeatzen. Profesionalen arriskuen inguruko daturik, agresiorik edo laneko giroaren daturik ez da kudeatzen.

3.6.5.-Prestakuntza

- Lanbide kualifikazioa: Osakidetzako Emergentziako koordinazio zentroan lan egiteko Osakidetzako zerrendetan izena emanda egotea baino ez da behar, aldez aurretiko prestakuntza espezifikorik gabe. Ondoren, erabiltzen den sistema informatikoarekin (gaur egun Euskarri) lotutako prestakuntza egitea da oinarria. Koordinazio zentroan teleoperadore gisa lan egiteko, administrazio-teknikari gisa lanbide titulazioa duten langileak kontratatzen dira, nahiz eta egia den batzuek ezagutzen dituztela teleoperadore lanpostuari dagozkion eginkizunak eta zereginak, TES-OET (Osasun Emergentzietarako Teknikaria) ezagutzak dituztelako) eta ondorioz, irakasgai hau heziketa gisa hartu izana. Era berean, nazioarteko gidalerroek gomendatzen dute teleoperadoreek telefonoz detektatzeko eta bihotz susperketa gidatzeko gai izan behar dutela eta gaur egun ez daude horretarako prestaturik. Aldi berean, teleoperadoreak “erantzun azkarra” eman dezake (SVB-OBE) osasun baliabide bat bidaltzea eskatzen duen egoera batean eta mediku eta erizaintzako langileak lanpetuta daude. Gai hau ere ez dago prozeduretan zehaztua.
- Prestakuntza arautua: kategoria bakoitzaren funtzioak eta haien prestakuntza-beharrak definitzea, batzuk ziklikoak, hala nola urteko, barruko eta kanpoko prestakuntza-planak.
- Formazio atalean ere, koordinazioko zerbitzuko profesionalek kale zerbitzuen ikuspuntuak edukitzea, kale zerbitzuak ezagutu eta bizi izan, koordinazio

beste ikuspuntutik ulertzeko. Lan prozedura argiak (batzuk sortu beharrekoak) ezagutzera eman eta beraien partaidetza sustatu eguneratzerakoan. Kudeaketarako lan tresnen ezagutza sendotzea (Zutiko, Zutabe eta Euskarri), bestak beste, dira aztertu beharrekoak.

- Saio klinikoak: protokoloak eta jarduerak berrikustea, bai baliabideetan, bai KZetan.
- Langile berrien prestakuntza eta baldintzak

Garai batean, erantzukizun sozialari erantzunez eta eragile ezberdinekin lankidetzan, bihotz-biriketako berpizte ikastaroak eman zaizkie ikastetxe, herritar edo enpresei. Egun erantzukizun sozialari erantzungo dion edozein jarduera erabat utzita dago.

3.6.6.-Berrikuntza

- Garai batean BEXEN, Virtualware edo BIO ezberdinekin abiatutako jarduera oro etenda dago.
- LARRIALDI ETA EMERGENTZIETAKO ESPEZIALITATEA: Formakuntza plan bat egitea egoiliarak formakuntzan eduki ahal izateko.
- Emergentziak-Osakidetzak bere lana behar bezala egin dezan eta pazienteei kalitateko osasun-laguntza bermatu ahal izateko, plan estrategiko zehatz bat duen eta epe labur-ertainerako helburu argiak dituen Kudeaketa Talde bat behar da.

3.6.7.-Emergentziak-eko prebentzio eremua

- Kultura, kirol edo bestelako izaera sozialeko ekitaldi masiboak ospatzeak gizarte jardueraren garapen normala oztopatu dezake. Ekitaldiaren

ezaugarrien arabera, osasun-arloko asistentzia eskariari erantzuteko ezintasuna (zerbitzu publikoen kolapsoa) egon daiteke; ohiko larrialdietan irisgarritasun-zailtasunak ere aurki ditzakegu.

- Estatu eta autonomia erkidego mailan, mota honetako ekitaldien prebentzio-plangintzarako irizpideak eta betekizunak ezartzen dira. Zentzu honetan, martxoaren 23ko 393/2007 Errege Dekretua, larrialdi-egoerak sor ditzaketen jardueretara bideratutako zentro, establezimendu eta agentzietarako Autobabeserako Oinarrizko Araua eta Autobabeserako Euskal Araua onartzen dituena (277/2010 Dekretua eta 21/2019 Dekretuak aldatutako eta besteak beste, azaroaren 2ko 21/2019 Dekretuak, ikuskizun publikoei eta jolas-jarduerei buruzko Legea garatzeko Araudia onartzen duen otsailaren 5e ko 17/2019 Dekretuaren osagarritasunarekin, mota honetako jarduerak arautzen ditu).
- Arau horietatik eratorritako autobabes eta prebentzio planak gainbegiratu beharrekoak dira, gertakariaren beraren osasun sistemaren eraginkortasunari eta osasun sare publikoari buruzko ondorioei dagokienez. Parte hartzen duten erakunde, entitate eta/edo erakundeekin alde aurretiko plangintzan esku hartzea (aholkularitza), aurreikusitako neurrien gainbegiratzea (egiaztapena) eta funtzionamendu egokia bermatzea (koordinazioa) dira, besteak beste, funtsezko elementuak plangintza eraginkorra duen plangintza bermatzeko, jarduerarekin lotutako arriskuak eta gizartean eta ongizate zerbitzu publikoetan duten eragina desagertuaz edo txikiagotuz.

- Behar den laguntza-mailaren arabera, arriskuak aztertzeko irizpideen, garrantzi sozial eta kulturalaren, jarduera arruntean izandako eraginaren eta segurtasun publikoarekin lotutako alderdien arabera, Osakidetza Emergentziak-ek elkarlan eta inplikazio mailak bost ataletan sailkatzen ditu.
- Sailkapenaren eta lurraldeen arabera esleitutako baliabideak eta egindako zereginak hauek dira:

Sailkapena	Baliabideak	Zerbitzuak/lurraldeak
<p>1. kategoria</p> <p>Arriskua</p> <p>Oso altua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - APAn (Aginte Postu Aurreratua) integrazioa. - SVAREN baliabide propioen kudeaketa. - Kudeaketa eta lotura EUSKARRI TETRA bitartez - OSlei eta RTSUeri informazioa. - KOZrekin integrazioa (koordinazio operatiboko zentroa). 	<p>Araba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Araba euskaraz - Triathlon Ironman Gasteiz - Celedonon jaitsiera - Alderdi eguna <ul style="list-style-type: none"> ● Bizkaia <ul style="list-style-type: none"> - Bilbao Bilbao - Ibilaldia - Antzar eguna Lekeitio ● Gipuzkoa <ul style="list-style-type: none"> - Euskal eskola publikoaren jaia - Kilometroak <p>Gutxi gorabeherako zerbitzu kopurua: 12 zerbitzu/urtean</p>
<p>2. kategoria</p> <p>Arriskua:</p> <p>Altua</p>	<ul style="list-style-type: none"> - APAn (Aginte Postu Aurreratua) integrazioa. - Kudeaketa eta lotura EUSKARRI TETRA bitartez - OSlei eta RTSUeri informazioa. 	<p>Gipuzkoa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Txirrindula klasika Donostia - Maraton Donostia - Behobia SS - Itzulia 2021 - Kontxako estropadak <p>Araba</p>

Sailkapena	Baliabideak	Zerbitzuak/lurraldeak
	- KOZrekin integrazioa (koordinazio operatiboko zentroa).	- Ironman Gasteiz Gutxi gorabeherako zerbitzu kopurua: 9 zerbitzu/urtean
3. kategoria Arriskua: Ertaina	- SVAren baliabide propioen kudeaketa. - OSlei eta RTSUeri informazioa. - KOZrekin ntegrazioa (koordinazio operatiboko zentroa).	<ul style="list-style-type: none"> • Errege etxearen bisitak • Lehendakaritzan ekitaldiak • Arkauteko jarduerak Gutxi gorabeherako zerbitzu kopurua: 10 zerbitzu/urtean
4. kategoria Arriskua: Ertain- tartekoa	- Kudeaketa eta lotura EUSKARRI TETRA bitartez - OSlei eta RTSUeri informazioa. - KOZrekin ntegrazioa (koordinazio operatiboko zentroa).	Anoeta / Real Sociedad, batez beste 25 partida urtean Ipurua Eibar S.D, batez beste 25 partida urtean <ul style="list-style-type: none"> • San Mames Ath club batez beste 25 partida urtean • Bilbao Basket Miribilla batez beste 20 partida urtean Gutxi gorabeherako zerbitzu kopurua: 95 zerbitzu/urtean
5. kategoria Arriskua: Baxua/Ertaina	- OSlei eta RTSUeri informazioa. - KOZrekin integrazioa (koordinazio operatiboko zentroa).	Era guztietako kultur eta kirol ekitaldiak, mailegu-enpresek eta GKEek komunikatuak, aurreikusitako jardueraren asteroko komunikazioa eta baliabideak sisteman integratzeko harremanetarako metodoa.
		Gutxi gorabeherako zerbitzu kopurua: 5806 DRP jakinaraziak 2023 urtean (Aurreikusi daitezkeen arrisku dispositiboak)

2023an gauzatutako zerbitzuetatik jasotako datuetatik, zera ondorioztatzen da:

- Arrisku ertain/altuko gertakariei eskainitako dedikazioa eta baliabideen beharra gutxi gorabehera 31 ekitaldi/urtean dira; hau da, hilero 2,5 gertakariaren baliokidea. Datu hauek urtarriletik irailera bitarteko aldian kontuan hartzen baditugu, maiatzetik irailera ari gara, batez besteko datuak 6,2 gertakari dira hilean.
- 3. eta 4. kategorietan katalogatutakoekin artatu beharreko zerbitzuen datuak gehituz gero, hilero 8,75 zerbitzuz hitz egingo genuke. Horrek, guztira, 11,25 zerbitzu suposatuko luke hilero, batez beste, artatu eta kudeatzeko.
- 5. kategorian sailkatutako zerbitzuak, 5800 zerbitzu/urteko gehiegizko zenbatekoarekin; hau da, hileko 483 zerbitzuren baliokidea, aurretiazko plangintzarik behar ez dutenak, baina bakoitzaren ezagutza eta baliabideak koordinazio zentroetan txertatzeko administratiboki tratatu behar direnak, lan karga handia suposatzen dute.
- Gaur egun, 1. kategoriatik 4. kategoriako zerbitzuak, urtean guztira 126 zerbitzu dira; hau da, hilean batez beste 10,5 zerbitzu dira maiatzetik irailera bitarteko aldietan zerbitzu asko pilatzen diren datuak kontuan hartu gabe. Hilean batez besteko zerbitzu kopurua, arlo honetarako lanaldi partzialeko dedikazioa duen teknikari bakar batek kudeatzen du zerbitzua.
- Bistakoa da Osakidetza Emergentziako zerbitzu honen hornikuntzak behar den eskariari erantzuteko azpiegitura egokirik ez duela. Bere garrantzia dela eta, gai honek behar-beharrezko hausnarketa eta azterketa bat eskatzen du,

arreta eskariari erantzun eraginkorra emateko beharrezko baliabideekin hornitu ahal izateko.

3.7.-Ospitaleak

- Ospitale tertziarioen arteko talka sustatu da urteetan, eta horri buelta eman behar zaio. Ospitale bakoitzak zerbitzu-zorro dena izan nahi du, eta hori ezinezkoa da. Guztiek izan behar dute oinarrizko zerbitzu-zorroa, baina espezializazio berezia eta altua eskatzen dituzten lan eremuak ezin ditugu guztiak guztietan izan. Eta lan eremu espezializazio altuen inguruko hausnarketa eta estrategia bateratu bat behar da; ezin da profesionalen irizpide subjektiboen baitakoa izan.
- Azken urteetan eskualdeetako ospitaleak hustu egin dira, nahiz eta azpiegiturak berritu diren. Hainbat espezialitate, historikoki eskualdetan egon direnak, ospitale handiagoetan zentralizatzen joateko lan-ildoak abian egon da: anatomia patologikoa, mikrobiologia, dermatologia, urologia eta abar. Eskualdetako ospitaletan funtsezkoa da oinarrizko eta kalitatezko zerbitzu-zorro bat izatea, beste maila bateko ospitaleak ez zamatzeko.
- Tolosaldeko ESI-ak ospitale pribatu bat izan du bere jardunerako, eta jarraitzen du izaten, eta horrek erakutsi du herritarren osasun artan izan dituen ondorio kaltegarriak.
- Azken urteetan Bereizmen Handiko zentroak sustatu dira. Baina ez dago argi zehazki zer diren. Eta zer bilatzen den horiek eraikita. Tolosan badirudi Bereizmen Handiko ospitale/zentro bat eraikitzea aurreikusten dela, eta baita

Durungaldean ere. Baina zein zerbitzu-zorrorekin? Ikusi dugu Gernikako ospitalearekin zer gertatu den...hasieran ospitale bat zen, gero Bereizmen Handiko zentro bat...Ikusten dugu herritarrek nahasi nahi izaten direla termino eta publizitate desberdinekin; baina praktikan ez dela herritarren osasun premiei loturiko planifikazio egoki bat egiten.

3.8.- Pazienteak eta Erabiltzaileak Artatzeko Zerbitzua

- Herritarren kexa-kopurua inoizko handiena izan zen 2023an. 2023ko urtarriletik irailera guztira 36.060 kexa (7.709 kexa eta 28.351 erreklamazio) jaso zituen Osakidetzak. 2022ko denbora berean baino %10,3 gehiago. 2023ko irailetik gaur arteko datuak ez ditugu eskura. Halaber, Arartekoak komunikabideetan emaniko elkarrizketa batean adierazi du inoizko kexa-kopuru altuena jasotzen ari direla Osakidetzaren inguruan.
- Ondorengo taulan ikus daiteke Osakidetzak izandako epaiketetan ordaindu behar izan duena, kalteengatik. EH Bilduk eskatuta Osasun Sailak emandako informazioa (12\10\07\02\03484-5929 espediente zenbakia)

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 €

- Osakidetzak izandako epaiketak (EH Bilduren eskariz Osasun Sailak 12\10\07\02\03484-5929 espediente zenbakia duen ekimenaren ondorioz igorritako informazioa):

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

- Osakidetzako erabiltzailearentzat tresna baliagarria da:
 - Dokumentazio klinikoa eskuratzeko: historia klinikoa, proba klinikoak jasotzeko, ebolutiboak eta abar. Kasu honetan zenbait patologia eta emaitzaren kasuan zaindu egin beharko litzateke. Paziente askok jakin dute bere metastasien berri, adibidez, txostena bertan eskegi delako; profesionalak pazienteari interpretazio eta kontestua eman beharko lioke aurrez aurre, halako berriren bat dagoenean.
 - Kontsultetan gertatzen diren akatsak zuzentzeko: froga proba-eskaerak ahaztu badira berreskuratzeko, bertan behera utzitako zitazioak berreskuratzeko, diagnosi- probak errebisio-kontsulta iritsi baino lehenago egiteko eta abar.
 - Arazo edo gatazken aurrean bitartekari-lanak egiteko (langile eta pazienteen artean), eta akordioetara iritsi. Konpon daitezkeen auziak okerrera joan aurretik konpondu, azaldu...
 - Kontsultak atzeratzea edo aurreratzea. Aurreratze eskaeretan, gutxienez, larrienak diren kasuak zerbitzburuei jakinarazi, daitezkeen konplikazioak aurreikusteko.

- Osakidetzako erabiltzaileek ez dute ohiturarik, ez eta kulturarik Pazienteak eta Erabiltzaileak Artatzeko Zerbitzua erabiltzeko. Askok eta askok ez dute zerbitzu horren berri. Makina bat aldiz, herritarrak zerbitzura jotzen du, zenbait egoeratan zer egin dezakeen galdetuz. Hala ere, azken urteotan han eta hemen sortu diren herritarren plataformek ahalegin bat egin dute herritarrei aipaturiko zerbitzua ezagutzera emateko eta berau erabiltzeko.

Pazientearen arreta-zerbitzua erabili duten herritarrak kexu dira, zerbitzuak soilik presentzialki ematen duelako aukera erreklamazioa edo dena delakoa jartzeko. Hau galdetu eta gero, aukera desberdinak proposatu badizkigute ere, erabiltzaileen sententzia da burokrasia oso aldrebesa dela eta ez duela sistemak batere errazten prozesua amaitzea. OSI bakoitzean SAPU-PAEZek gainera modu desberdinean egiten du lan, eta ez dituzte eskaera berdinak egin ahal izateko, betebeharrak berdinak eskatzen. Leku batzuetan eskatzen duten dokumentazioaren legalitatea bera ere, ez dago garbi betetzen den. Oinarrizkoa izan beharko luke OSI guztietan eskaerak egiteko betebeharrak berberak izatea.

- Osasun-karpeta bat dago, non sinadura elektronikoaren identifikatzen garen sartzen garen aldiro. Logikoena osasun karpetan bertan esteka zuzena izatea litzateke, eta erabiltzaileak dagoen tokitik egin ahal izatea, inolako arriskurik eta desplazamendurik gabe.
- PAEZ zerbitzua, Osakidetzak tresna garrantzitsu gisa ikusi beharko luke, erabiltzaileak— bere egunerokotasuna hobetzeko eta herritarrei ziurtatu beharreko asistentzia prozesuetan egon daitezkeen hutsuneak identifikatu eta zuzentzeko. Baina maiz, tresna horietatik eratortzen diren kexak, edo

erreklamazioak eraso edo mehatxu gisa hartzen dira eta ez da hobekuntza tresna gisa ikusten.

- Herritarrek duten inpresioa da sistema dagoela prestatua kexak eta erreklamazioak jartzea oztopatzeko, nahiz eta bertan lanean ari diren langileek ez duten iritzi hori partekatzen.

- Zer ikusten dugu eguneroko funtzionamenduan:
 - Langileei jarritako erreklamazio gehienek ez dute ondoriorik izaten. Erreklamazio desberdinak jaso dituzten langileek ez dute ondoriorik pairatzen.
 - Mediku faltagatik zerbitzu gehienak saturatuak daudenez, kontsulta aurreratzea eskatzen denean, erantzuna gehienetan ezetz izan ohi da. Kasu larrienak edo osotasuna kolokan dagoenean, gutxienez identifikatzeko eta aurreratu saiatzeko balio du eta konplikazioak ekiditeko (minbiziak, gaixotasun larriak...), baina eskaerarik gehienak ez dira onartzen. Traumatologia, ORL, baskular, urologia, digestibo... Hauetan, erreklamazio gehienak ez dira onartzen, eta beraz, hilabete pila itxaron behar izaten dituzte ondoezik eta minez (larrizat hartzen ez direlako). Mina izatea ez da larria?
 - Itxaron-zerrenden informazio-eskaeren aurrean, batzuetan da erantzunik ez eta erreferentziarik jasotzen. Orokorrean zerrenden kudeaketan informazioa ez da gardena.
 - Itxaron-zerrenda batzuk legeak dioena baina luzeagoak dira.

3.9.-Sistema Informatiko eta Teknologikoak

- Ikusten dugu Osakidetzako hainbat eremutan oraindik eskuz edo iraganeko excelelan lan egiten dela, eta lan egiteko moldeak ez daudela eguneratuak.
- Ikusten dugu batzuetan Osakidetzako sarea erortzen dela, eta ez dagoela kontingentzia plan eraginkorrik. Horren adibide nagusietakoa Emergentziak ESI-a da. Tarteka, sarea erortzen da eta Emergentziak orduak egon daiteke deirik jaso ezinik.
- Emergentziak-eko euskarria Segurtasun Sailekoa da. Software guztia Barne Sailekoa da. Emergentziak-ek badauka sarbidea Osabide global eta Integrara. Baina 1. sistema eta erorketen aurrean aktibatzekoa Segurtasun Sailekoa da. Oraindik historia klinikoarekin behar bezala lan egiteko, badago zer hobeturik.
- Ikusten dugu Lehen Arretako agendetan, kanpo enpresa bat sartzen dela hitzorduak jartzera.
- Big Dataren inguruan oso aurrerapen gutxi eginda eta ez da ikusten plangintzarik Big Data horiek kudeatzeko.
- Osakidetzan programa desberdinak ikusten ditugu: medikuarenak, erizainarenak, administrariarenak...
- Lehen Arretako profesionalak kexatzen dira euren programa informatikoak ez duelako euren lana errazten.
- Osakidetzan datu ugari sortu eta kudeatzen dira. Datu garrantzitsuak ikerketarako, etorkizuneko proiektuak garatzeko, eta abar... Baina datu horiek

maneiatzeko, lagatzeko Osasun Publikoari edo ikerketan ari diren erakunde publikoei, ez dago behar bezala zehaztuta, eta maiz norbanakoaren borondatean oinarritzen da, eta Osakidetza da oztipoak jartzen dituen. Datuen kudeaketa eta erabilera definitu beharra dago behar bezala, segurtasuna bermatuz, eta administrazio publikoari bere ezagutza, ikerketa eta berrikuntzarako kudeaketa eredu zehaztuz, eraginkorrak izateko.

- OSABIDE, OSANAHAI, PRESBIDE... makina bat programa, baina euskaraz ezin da lan egin osotasunean. Badago programa bat ICCA gaixo kritikoak kudeatzeko erabiltzen dena, gaixo kritikoak dituzten ESI guztietan. Baina gaztelera hutsean erosi zuten, esan zen euskaraz jarriko zela, baina ez da jarri, eta ezin da euskaraz lanik egin.
- Egoitzetan lan egiten duten osasun profesionalak badute modua Osakidetzako sistema informatikoan sarbidea dute Integra programaren bitartez. Integrak baditu baliabide batzuek baina oraindik gehiago landu beharra dago.

3.10.-Soziosanitarioa

3.10.1.-Sarrera

- Arreta soziosanitarioak ez du egitura sendorik eta kontseilu eta koordinazio mahaien inguruan antolatzen da. 2003an Eusko Jaurlaritzak, foru aldundiek eta Eudelek egin zuten hitzarmenaz geroztik, nahiz eta aurrera pausoak eman diren ez da lortu eredu egoki eta eraginkorrik.

- Pertsona ez dago erdigunean, zerbitzuak dira arreta soziosanitarioa ardatzen dutenak. Horrela pertsonak dituen zaintza beharrak sakabanaturik gelditzen dira, alde batetik gizarte zerbitzuetan eta bestetik osasun arloan, gaixoa noraezean aurkitzen dugu askotan, nora jo jakin gabe eta behar dituen baliabideak modu erraz eta eraginkor batean jaso gabe.
- EAEko biztanleriak dituen behar soziosanitarioei erantzuteko ez dago zerbitzu-zorroa definiturik
- Instituzionalizazioan dago oinarrituta eredu eta frogatuta dago ez dela eraginkorra eta ez dela herritar zaugarriek behar eta nahi dutena; ahal den neurrian eta zaugarriak diren pertsonen osasun arreta beraien etxeetan/herrietan eman behar diegu; lehen arretatik bideratuta.
- Koordinazio falta handia. Udalak, lehen arreta, ospitaleak, foru aldundiak eta Eusko Jaurlaritza (Osasun Saila).
- Leihatila bakar batean artatu beharko genuke pertsona zaugarria, bertan behar dituen zaintza guztiak planifikatu eta bateratuz. Ibilbide erraz eta zehatzak markatu, prozesuan parte hartzen duten langile guztiek ezagutuko dituzten ibilbideak, bai herri mailan, ospitaleetan, bai eta foru aldundietan ere.
- Osasun-etxe askotan ez dago gizarte langilerik eta beharrezkoak dira koordinazio lanak egiteko, lotura izan daitezen beste erakunde guztiekin.
- Egoitzetan bizi diren pertsonen osasun arreta egoitzaren araberakoa da, ez dago irizpide bateraturik.

3.10.2.-Bazterketa egoeran dauden herritarren Osasuna

- Osasun Mentaleko sareko psikiatrek dituzten arazoak edo premiak

Erabiltzaileak OMZ hitzordu batera joaten ez direnean (bazterkeria egoerez ari garenean, ohikoa da hitzorduak ahaztea, garraiorako dirurik ez izatea, ezustekoren bat gertatzea...), hurrengo hitzordua esleitzeko denbora epe luzeek pertsonen ongizatean eragiten dute. Besteak beste, pauta medikuaren eguneratzea atzeratzen duelako.

- Osasun Mentaleko sareko gizarte-langileen inguruko arazoak edo beharrak

OMZ-tik preskribaturiko baliabideetara sartzeko denbora-epeak luzeak dira eta pertsonen beharrianetara egokitzeko malgutasun urria dago. Pertsona esku hartzearen erdigunean jartzeko zailtasunak ditu sistemak.

- Ospitaleko larrialdiekin lotutako arazoak edo beharrak

Askotan, “akutuetan” ingresatzen dituzten erabiltzaileei, alta hartu ondoren, ez zaiela behar besteko baliabiderik eskaintzen lortu duten egonkortasuna mantentzeko. Ondorioz, ohikoa izaten da pertsonak ingresatu aurreko egoerara itzultzea.

- Desintoxikazioarekin lotutako arazoak edo beharrak
 - OMZ-ko baliabideetan kontsumoak dituzten erabiltzaileak artatzeko zailtasuna/ezintasuna dago.
 - Kontsumoak eta osasun mentaleko arazoak dituzten erabiltzaileentzako baliabide gabezia.
- Iraupen ertain-luzeko ospitaleko egonaldiei lotutako arazoak edo beharrak.

Gertatu izan da, iraupen ertain-luzeko egonaldi ez boluntarioak izan dituzten pertsonen bisitak, denbora luzez, ukatzea. Horrek zaildu egiten du hirugarren sektoreko profesionalen esku hartzea eta jarraipena egitea. Baliabide hauetatik irteera planifikatu bat garatzeko zailtasunak egon ohi dira.

- Tratamendu medikorako arazoak edo beharrak edo ospitaleratzeak, epailearen erabakiz.
 - Oso zaila egiten da hainbat kasu larritan, urgentziako ospitaleratzeak egitea. Inboluntarioa izan daitekeen ingreso bat baloratzen denean, hori erregulatuko duen prozedura baten gabezia. Nola jakin ingreso inboluntario bat egitea egokia den ala ez?
 - Egoera administratiboarekin loturiko arazoak/beharrak.
- Erreferentziako familia mediku bat edukitzeko beharrezkoa da errolda edukitzea. Hori dela eta, erroldarik ez duen pertsona orori ukatu egiten zaio eskubide hau. Honekin lotuta, “errolda soziala” aplikatzeko prozedurarik ez

egoteak edo udalek pertsonak bizi diren lekuan erroldatzeko jartzen dituzten zailtasunek zaildu egiten dute pertsonak osasun sistemara iristea. Larrialdietara joan daiteke errolda-agiririk gabe.

- Ez dago erabiltzaileek pauta medikua era egokian hartzea bermatzeko baliabide nahikorik.

3.10.3.-Espetxeak

- Espetxe bat instituzio itxi bat da, eta bertan dauden –herritarrek dituzten premiak ez dira aske bizi diren herritarren premia berak. Deskoordinazio handia dago Osasun Mental eta Lehen Arretaren artean. Bi ekipo desberdin dira Singularitate berezia dauka. Ez da gauza bera espetxean gripe bat pasatzea edo espetxetik kanpo gripe bat pasatzea. Osasun-sare bakarra egon beharko litzateke espetxeetan.
- Osasun Mentalean psikiatra, psikologo gabezia dago. Espetxeetan behar handia dago.
- Espetxeetan, osasun agintaritzaren gainera autoritate penitentiarioa dago. Eta medikuak eman ditzakeen tratamendu, gomendio eta aginduak, autoritate penitentiarioaren eskuetan geratzen dira askotan (medikuaren erabaki/gomendioaren arabera), berak du azken erabakia. Beraz, osasun eskubidea urratua izan daiteke.
- Osasun arta jasotzeko ekipoen maiztasuna ez dago zehaztuta.

- Ahoko osasun-zaintza indartzeko beharra ikusten da. Baita istripu edota orotariko gertakarien aurrean eman beharreko osasun erantzuna indartzeko beharra ere.
- Osakidetzan triajea erizainek egiten duten bezala, espetxeetan funtzionarioek egiten dituzte instantziak. Ondorioz, maiz osasun eskariak ez dira iristen osasun ekipoen eskuetara, erizaintzara.
- Medikazioa orain presentzialki gainbegiratuta ematen da. Baina gai honetan arazo handiak egon dira.
- Gauetan ez dago erizain laguntzailerik, eta ondorioz espetxeratuak dauden herritar batzuen beharrak ez dira erantzuten.
- Suizidioaren prebentzio-protokoloak berrikusi behar dira. Oro har daukaten osasun jarraipena oso eskasa da.

3.10.4.-Bizitza amaiera

- Ez dakigu jendea zein egoeratan hiltzen den Osakidetzan. Egin beharko litzateke diagnostiko bat hiltzerakoan ematen den zerbitzuaren kalitatearen inguruan, heriotzaren kalitatearen inguruan; ez bakarrik Osakidetzan, baita etxeetan, egoitzetan ... herritarrek hiltzerakoan bermatuta duten prozesuaren kalitateaz. Hori egiteko beste erkidego batzuetan badute heriotza duinaren behatokia, Nafarroan kasu. Horrela, heriotzaren kalitatea neurtzen dute. Ez dakigu zenbat erabiltzen den sedazio paliatiboa. Nola erabiltzen den ere ez dakigu. Jendea hiltzen da nahi duen tokian? Ospitaletan nola hiltzen da? Beste

tokietan? Ospitaletan bermatzen zaie gela indibiduala, edo soilik azken 12 orduetan bermatzen zaie?

- Heriotza Duinaren Behatokiak ebaluatu behar ditu legez onartutako eskubideak. 11/2016 legea, uztailaren 8koa, bizitzaren amaierako prozesuan pertsonen eskubideak eta duintasuna ziurtatzeari buruzkoak ematen dituen eskubideak eta zerbitzuak betetzen diren edo ez.

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

Baita Eutanasiaren legearen betetze maila

- Prozesu honetan dauden herritarrak jaso beharreko laguntzen tramitazioak ez dira arinak eta eraginkorrak. Zainketa aringarrietan dagoen herritarra edo bere bizitzaren amaieran dagoen herritarrak ezin dira zain egon hiru hilabete dependentzia balorazioa egiteko, adibidez.
- Laguntza sozialak ez daude egokituta bizitza amaierako prozesuetara.
- Zainketa aringarrietako ekipoak ez dira ekipo errealak. Etxeko ospitaleratze ekipoetatik artatzen da. Baina ekipo horiek ez daude prestatuta horretarako eta ez dira ekipo multidiziplinarrak ere.
- Zainketa aringarrietan ere oso egoera prekarioan gaude laguntza psikologikoari dagokionez. Hitzarmen bat dago La Caixarekin horretarako. Laguntza hau zainketako ekipoetan barneratuta egon beharko litzateke, horretarako ekipo multidiziplinarrak sortuz.
- Pediatriako zainketa aringarrietan erreferentziazko ekipo bakarra dugu EAEn. Urteetan ez da garatu.

- Bitzita amaieran dauden pazienteek ez dute denborarik, artatzen dituzten ekiptoak azkartasuna izan behar dute tramitean eta artan.
- Instituzionalizatuta dauden herritarren zaintza aringarriak eta Eutanasia garatu ahal izateko, ez daude behar bezala zehaztuta bitartekoak eta bideak.
- 2024ko urtarriletik hona, 9/2024 DEKRETUari esker, -Aurretiazko Borondateen Euskal Erregistroa eta aurretiazko borondateen agiriak arautzen dituen- hobekuntzaren bat ikusi bada ere, oraindik eremu honetan zailtasunak daude, batez ere Lehen Arretako profesionalek duten egoeragatik. Dekretuan ez dago argi nork balioetsi behar dituen, eta momentu honetan ez dago formaziorik ere. Lehen Arretatik ikuskaritzara bidaltzen dira, eta horrekin tramitazioak korapilatzen dira.
- Eutanasiaren arloko Euskadiko Berme eta Ebaluazio Batzordearen 2023ko txostenaren harira egin genituen galderetan eta erantzunetan - 13/10/05/03/00085-225-, ikus daiteke Eutanasiaren alorrean ditugun hobetu beharrekoak zeintzuk diren. Objekzioa ekiditeko komenigarria litzateke formakuntzan sakontzea.

3.11.-FARMAZIA

3.11.1.- Lehen Arretako farmacia

- Betidanik oso gutxi izan dira farmazilariak Osakidetzan (Gipuzkoan, duela gutxi arte, lehen mailako arretako farmazialari bakarra zegoen ESI txikietan, eta 3 Donostialdean). Hala ere, duela gutxi, Osakidetzako Lehen Arretako

Zuzendariordezak apustu egin du eta lehen arretako beste 13 farmazialari kontratatu ditu. Figura hori sustatu egin behar da, argi eta garbi; izan ere, gizarte oso zahartuan bizi gara, polimedikazio-tasa oso handia da eta are gehiago handituko da. Gainera, gizarte "medikalizatua" da, hau da, edozein osasun-arazo sendagaiekin "konpontzeko" joera dago, eta sendagaiak erabiltzen dira baliabide-falta konpentsatzeko, hala nola profesionalen falta.

- Lehen Arretako farmazialarien eginkizuna da medikamentuaren erabilera arrazionala (MEA) zaintzea lehen mailako arretaren eremuan. Betidanik, lehen arretako farmazialariak, Medikamentuaren Erabilera Arrazionala bermatzeko garaian, "populazio" mailan jardun dute, farmaziako langile gutxi daudelako. Horretarako, arreta handia jarri dute populazioa aztertzen, hainbat sendagai-multzo berrikusteko, bai eta preskriptoreei buruzko prestakuntza- eta hezkuntza-alderdian ere. Era guztietako buletinak egin dira (INFAC, farmahitza, lbotikak), eta ikastetxeetan seriean egin da prestakuntza (beste funtzio batzuen artean). Azpimarratu behar da informazio/prestakuntza independentea eta ebaluatua dela beti.
- Hala ere, langile-hornidurak horretarako aukera emango balu, farmaziako langileek eginkizun askoz ere klinikoagoa izan lezakete, pazienteen tratamenduen medikazio holistikoa berrikusten lagunduz. Lehen Arretako medikuek ozta-ozta egiten dute tratamenduen urteko luzapena, eta normalean ez dute "arretaz" egiteko denborarik izaten. Beraz, tratamenduak betikotu egiten dira, "berrebaluaziorik" egin gabe.

Horren harira, hainbat proiektu egin dira (eskala txikian), baina baliabiderik ez dagoenez, ezin da hedatu, esate baterako, herritar polimedikatu guztietara.

laz, lehen arretari laguntzeko planaren barruan, 13 farmazialari kontratatu ziren lehen mailako arretan "laguntzeko". Kolektibo hori bultzatzen jarraitu behar da, asko baitu eskaintzeko!

- Badira beste autonomia-erkidego batzuk, Galizia kasu, eredu klinikoagoa eta garatuagoa dutenak. Eredu hori interesgarria da eta aztertu egin beharko litzateke.
- Oso lagungarria izango litzateke farmazialariei eskumen handiagoa ematea "e rezeta-presbide" arloan. Gaur egun, farmaziako langileek legez ezin badute ere preskribatu, oso lagungarria izango litzateke alde zuzeneko preskripzioak "aldatu" ahal izatea, adibidez, forma farmazeutikoak egokitzeko. Hornidura-falta askotan, jarraibideak egokitu behar dira eta beste aurkezpen batzuekin ordezkatu behar dira. Farmazialariek alternatibak bilatzen dituzte, baina ezin dute presbide aldatu.

3.11.2.-Zentro soziosanitarioetako (Farmabide) farmazialariak

- Zentro soziosanitarioetako farmazia-sorospena erregulatzen duen araudia aldatu denez, autonomia-erkidegoko egoitza askok (batez ere zentro handiek) lotura dute Osakidetzarekin (beste batzuek kaleko farmaziei lotuta jarraitzen dute). Hala ere, sarritan gertatzen den bezala, baliabideen hornidura urria izan da eta ezin izan da erabat garatu. Gaur egun Farmabide zentroak hornitzen ditu lotutako egoitzen % 25. Oraindik asko dago garatzeko, eta babestu beharreko esparrua da, dudarik gabe.

- FARMABIDE proiektua jarri zen abian Euskal Autonomia Erkidegoko zentro soziosanitarioetarako sendagaiak banatzeko eredu berria garatzeko. Eredu horrek betetzen du alor horretan egindako legeria berria (29/2019 DEKRETUA, otsailaren 26koa, Euskal Autonomia Erkidegoko adineko pertsonentzako egoitzetako farmazia-zerbitzuei eta sendagai-biltegiei buruzkoa).
- Azken helburua da EAE osoko 200 zentro soziosanitariotara medikazioa banatzea (20.000 egoiliar inguru), baina oraingoz 139 zentro soziosanitariok (13.500 egoiliar, gutxi gorabehera) sinatu dute hitzarmena.
- Proiektua ezartzeko kronograma irregularra izan da, hainbat arazo izan baitira, batez ere erabilitako programa informatikoekin eta haien interkonexioarekin eta proiektuari esleitutako langile-hornidurarekin lotutakoak. Lehen zentro soziosanitarioa 2022ko apirilean sartu zen, eta gaur egun (2024ko irailean) 26 zentro soziosanitario daude proiektuaren barruan (gutxi gorabehera 1.500 egoiliar). Proiektuak urtebete inguru darama "geldituta" (2023ko irailetik), zentro berririk sartu gabe, batez ere langile-hornidurarekin dituen arazoengatik.
- 2024ko udaberrira arte ez ziren sortu gaur egun FARMABIDEn lan egiten duten langileen plazak (2 farmazialari, administrari 1, farmaziako 6 laguntzaile); langile horiek beharrezkoak dira gaur egun barruan dauden zentroekin proiektua mantentzeko. Proiektua ezartzen jarraitu nahi bada eta zentro soziosanitario gehiago sartu nahi badira, horren arabera handitu behar da langile-kopurua ere.

- Ondorioa: potentzial eta erabilgarritasun handiko proiektua da, eta geldiarazita dago farmaziako langile laguntzaileak ez direlako kontratatzen.
- Bestalde, proiektu honen beste alderdi bat ere badago, zentro soziosanitarioei arreta farmazeutikoa ematea dakarrena (besteak beste, honako eginkizun hauek sartzen dira horretan: zentro soziosanitarioetako botikinak baimentzea/berrikustea, egoiliarrei medikazioa emateko lan-prozedurak egitea, agindu medikoak berrikustea/baliozkotzea...). Eginkizun horietarako, farmazialarien 15 lanpostu sortu dira. Kasu honetan, langile horien arazo nagusia da preskripzio elektronikoko programan ez dagoela beharrezko baimenik (hau da, PRESBIDE programaren barruan ez dago farmazialari-profilik). Baimen horiek izan gabe (farmazialariaren profila), ezin dituzte beren funtzioak behar bezala egin, eta, beraz, proiektuaren potentzial guztia nahiko murrizta da. "

3.11.3.-Ospitaleetako farmazialariak

- Hauxe da Osakidetzan gehien garatua dagoen farmaziaren arloa, eta aipatutako bi arloek baino garapen-maila handiagoa du, baliabideak ez badira ere beti nahikoak izan, batez ere farmazialariak klinikoekin integratzea lortzeko.
- Azken urteotan izugarri hazi da. Asko zaildu da sendagaien kudeaketa. Askoz ere sendagai gehiago dago, maneiatzen zailagoak, kontrol eta jarraipen handiagoak behar dituztenak, eta, beraz, arlo bakoitzean espezializatzeko beharra ekarri du. Ospitale tertziarioetan bada jende espezializatua hainbat arlotan aritzen dena: onkohematologia, terapia biologikoak,

farmakogenomika, farmakozinetika, infekzioak, botika umezurtzak, osasun-antolaketarako sendagaien hautaketa eraginkorra, nutrizio klinikoak, farmakoteknia, sendagaien erabilera arrazionala, kanpoko pazientearentzako arreta farmazeutikoa, ikerketa/entsegu klinikoak. Farmaziaren kudeaketaren funtzio klasikoak ahaztu gabe.

- Eremu horietako bakoitzaren garapen-maila oso aldakorra da ospitale bakoitzean, eta denbora asko beharko litzateke arlo bakoitzaren arabera diagnostiko egokia egiteko, ospitaleko farmazia bakoitzak bere diagnostikoa baitu (hori ez da gertatzen aurreko bi esparruetan, haietan modu koordinatuagoan eta korporatiboagoan lan egiten baita).
- Farmaziaren barruan, alor bat aipatzearen, onkohematologia litzateke gehien eboluzionatu duen eremuetako bat; askoz paziente gehiago daude, askoz luzaroago bizi dira eta gero eta sendagai garestiagoak eta sofistikatuagoak hartzen dituzte. Gastu sanitarioa kontuan hartuta, arreta berezia merezi du ikuspuntu sozialetik, eta, zalantzarik gabe, erronka sozial handia da baliabideen erabilera eraginkorra bermatzea, oro har, baina bereziki onkohematologiaren arloan.

4.-OSASUN SISTEMA PRIBATUA

4.1.-Publiko-Pribatuaren arteko harremana

- Privatizazioa aztertzerakoan, ikuspegi desberdinetatik egin daiteke:

- Herritarrek arrazoi desberdinengatik Osakidetzaz gain aseguru pribatua izateko beharra sentitzea: itxaron-zerrendengatik; arrazoi kulturalengatik; sistema publikoarekiko konfiantza faltagatik...
 - Osakidetzatik, profesional desberdinek egin ditzaketen deribazioen harira.
 - Osakidetzak zerbitzu desberdinen kudeaketa kontratatzerakoan.
 - Itxaron-zerrendak murrizteko pribatura deribazioak egitea.
 - Autokontzertazioa.
 - ESI publiko-pribatuak egituratzerakoan, adibidez: Tolosaldeko ESI-a. Edota kudeaketa unitate kliniko mistoak sortzerakoan.
 - Ardura publikoak dituzten profesionalek aldi berean pribatuan lan egiten dutenean.
-
- Urteetan osasun agintariak saiatu dira gizarteratzen pribatizaziorik ez dagoela -ematen, saiatu dira gizarteratzen, zerbitzu baten kudeaketa enpresa baten eskuetan uztea ez dela pribatizazioa. Aitzitik, pribatizazioa zerbitzuaren ardura enpresa pribatuaren eskuetan uztea dela, eta Jaurlaritzak ez dituela inoiz bere ardurak kanporatu eta enpresa pribatuaren eskuetan utzi.
 - Osasun Sailaren aldetik egon den kultura inplizitua izan da: zuzeneko asistentzia diren zerbitzuak kudeaketa zuzenekoak dira, Osakidetzak bere gain hartu behar ditu; baina gainerakoen kudeaketa kanporatu daiteke. Halaber, urteetan, bai batean eta bestean hainbat zerbitzuren kudeaketaren kanporatzean sakontzen joan da: arnas terapiak / hemodialisiak/ Larrialdietako etxeko laguntza / PADI / anbulatorio batzuk / Osasun zentroen zerbitzu batzuk/ Zentro psikiatrikoak / Programatutako osasun

garraioa / Larialdietako garraio sanitarioa/ etxez etxeko dialisia/ garbiketa/mantenua/informatika/sukaldea/ espezialitate desberdinetako teknikariak.

- 2024ko aurrekontuetan ikus daiteke Osasun Sailak egiten duen kontzertazioaren zenbatekoa. Itun sanitarioak: 09 4112 20 251 diru-lerroan, 2024an: 249. 695,7 dira. Eta 2023an: 228.822,1. Aldea: % 9,1 izan da. Itunetan igoera dago. 2021etik gora egin dute. Azpimarratzekoa da itun soziosanitarioetan dagoen igoera: %47koa.
- Azken urteotan, Osasun Sailak, bere planen, estrategien erredakziorako kanpo kontsultoriak kontratatu izan ditu. Hau da, Osakidetzaren norabidea kanpo enpresen eskuetan uzten da.
- Urteetan, Osasun Sailak egiturazko premien kudeaketa kanporatu du behin eta berriz. Bi mailatan gertatzen da: alde batetik Osasun Saitetik, eta bestetik Osakidetzatik.
- Esanguratsua da “Osasun Zainduz” Osasun Sailaren planak jada 1993an jasotzen zuena: osasun publikoak, sektore pribatuan komunak diren parametroen bidez funtzionatu behar duela, alderdien arteko akordioan eta Lan eta Merkataritza Zuzenbidearen menpe jartzean oinarrituta.
- Osakidetzaren sorrera, uler daiteke lehen pribatizazio urratsa. Teorian, Osakidetza osasunean egunerokotasunean erantzun azkarrak emateko behar den malgutasunerako sortu zen. Eta ez dugu malgutasunaren beharra zalantzan jartzen. Baina ikusi da zuzenbide pribatuko entitate publikoaren sorrera baliatu dela pribatizazioan sakontzeko eta kontrol publikoa zailtzeko.

- Ongi zehaztu beharra dago zein izan behar den eremu publiko eta pribatuaren arteko harremana. Aipaturiko harreman hori ezin da oinarritu publikoaren ahultzea dakarren funtzionamenduan.
- Ez da ulertzen Osakidetzan publiko eta pribatuan aldi berean lanean aritzea normaltzat hartzea eta duen onarpen maila altua. Are gutxiago, Osakidetzan ardurak izatea eta pribatuan aritzea. Osasun Sailak, 2023ko martxoak 7ko datan, Legebiltzarrera igorritako erantzunean (12\10\07\02\02803-578 espediente zenbakidun ekimenean) ondorengo argazkian jasotzen dira, bateragarritasun baimena duten osasun profesionalen kopurua.

Aipatu, 53/1984 Administrazio Publikoko langileen bateraezintasun legean, abenduak 26koan eta 19/2013 legean, abenduak 9koan duela oinarria.

ORGANIZACIÓN	Nº PROFESIONALES
C.VASCO TRANSF.Y TEJ.HUM.	2
EMERGENCIAS (U.T.E.)	5
HOSPITAL GORLIZ	3
HOSPITAL SANTA MARINA	5
OSI ALTO DEBA	15
OSI ARABA	50
OSI BARAKALDO-SESTAO	24
OSI BARRUALDE-GALDAKAO	120
OSI BIDASOA	14
OSI BILBAO-BASURTO	78
OSI DEBABARRENA	17

Donostia - San Sebastián, 1 - 41010 VITORIA-GASTEIZ
TEL. 945 21 91 91 - FAX 945 21 92 10

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

- Era berean, ikusi da eraikitzen joan den publiko-pribatuaren arteko harremana erabili izan dela lagunkeria eta klientelismoa garatzeko. Ikusi da nola kontratuak zatikatzen diren aipaturiko sarea mantentzeko (praxi honen berri LAB sindikatuak eman zuen Legebiltzarrean eta behin eta berriz salatu du).
- 2023 Euskal Osasun Inkestak-EAEko osasun egoera aztertu eta neurtzen duen inkestak, 1986tik biztanleriaren osasun-egoera neurtzen duenak, argi erakusten du nola konfiantza hori galtzen joan den: bertan ikus daiteke 10 urtetan privatizazioa %50 areagotu dela. Ikus daiteke, azken inkestatik, hots, 2018tik gero eta herritar gehiago direla aseguru pribatua dutenak 2018an

baino %19 gehiago. Eboluzio horretan ikus daiteke konfiantza galera egon dela Osasun Sistema Publikoarekiko.

- Autokontzertazioei dagokienez, Osakidetzan 2023an burututako autokontzertazioaren datua, ondorengo ekimenean - 12/10/07/02/03598-7178- dugu: [12.10.07.02.03598](https://doi.org/10.10.07.02.03598)
- Kontratatzen diren enpresen inguruan ideia bat egiteko, ondorengo ekimenean - 12/10/07/02/03599-7179- ikus genezake: [12.10.07.02.03599](https://doi.org/12.10.07.02.03599)
- Deribazioei dagokienez, ideia bat egiteko, ondorengo ekimenean - 12/10/07/02/03566-6669- ikus genezake: [12.10.07.02.03566](https://doi.org/12.10.07.02.03566)

4.2.-Mutuak

- Mutuak Gizarte Segurantza ez zegoenean sortzen ziren, enpresarien elkartean dute jatorria. Poliki-poliki Europako herrialdeetan Osasun Sistema Publikoan integratzen joan dira. Baina Estatu espainiarrean eta EAEn norabidea kontrakoa izan da, ahalduntzen joan dira, azken urratsa hitzarmen berri bat sinatzea -2024/09/18- izanik Madrileko gobernuaren aldetik, traumatologiako bajen kasuetan, hainbat prozesuren kudeaketa sistema publikoek mutuen eskuetan uzteko.
- Mutuen funtzioak lan eremuko prebentzio eta istripuak ziren. Baina orain jada haurdunaldien arriskuen prestazioak dira, minbizietako kontu batzuk, alta eta bajen kontrola...

- Mutuek eskuratu duten alta eta bajen kontrola egiteko eskuduntzak Lehen Arretari presioa areagotzea ekarri du.
- Mutuek infra-deklaratuak dituzte gaixotasun profesionalak. Makina bat gaixotasun profesional ez dituzte aitortzen, eta horrek Osakidetzan ere eragiten du.
- Mutuak erakunde desberdinen eskutik ematen ari diren urratsekin, ikusten ari gara privatizazioan sakontzeaz gain, osasun-eredu aldaketa ari direla garatzen. Osakidetzak sendatu egiten du, pertsona bere osotasunean artatuz; aldiz, mutuek ahalik eta azkarren alta ematea dute helburu. Ikusten ari gara osatu gabeko jendea alta emanda edota tratamendu oso erasokorrak.
- Aurreko legegintzaldian, Osasun Sailak beste urrats bat eman zuen Mutualiarekin hitzarmena sinatzean, langileen baimenarekin mutuek datuak eskuratzeko. Arartekoak, herritar batek eskaturiko eskuhartzearen ondorioz, Osakidetzari eskatu zion sinaturiko hitzarmenak bilatzen zuen interes orokorraren inguruan hausnartzea.
- Ikusita orain arte emandako urratsak eta norabidea, kezka bizi dugu batzuek ezartzea bilatu dezaketen osasun eredua, bi mailetako. Hau da, alde batetik, lan aktiboan dauden herritarrentzako osasungintza eta, beste aldetik, pentsionista eta enplegatu gabe dauden herritarrentzako osasungintza.
- Arestian aipaturiko hitzarmenaren sinadurak, hots, 2024/09/18 egunean Madrileko Gobernuak traumatologiako bajen kasuetan hainbat prozesuren kudeaketa sistema publikoek mutuen eskuetan uzteko sinaturikoak ekar

dezake gero beste espezialitate batzuetara zabaltzea; eta behin ate hori irekita beste espezialitate batzuetara zabaltzea ekar dezake eta Osasun Sistema Publikoaren ahultzean sakontzea suposatzen du.

4.3.-Osasun Arreta Pribatua

- Oro har, 2015etik aurrera Eustat-ek hartu zuen bere gain osasun arreta pribatuari buruzko operazio estatistikoaren ardura; 2011 arte Osasun-Saila izan zen arduraduna eta 2012tik 2014ra ez dago Osasun arreta pribatuari buruzko daturik.
- Horiek horrela, ikuspegi metodologikotik gomendagarria da 2015 urtetik aurreragoko informazio estatistikoa erabiltzea, Eustat-ek ekoitzitakoa, alegia.²

² Datuak bertatik eskura daitezke: https://eu.eustat.eus/banku/id_2339/indexLista.html

Dauzkagun azken datuak:

Euskal AEko osasun-arreta pribatuaren adierazle nagusiak per lurralde historikoa, kontzeptua eta aldia					
		2015	2017	2019	2021
	Asegurua duten pertsonak	40717 1	43521 9	47446 2	50476 2
	Aseguratutako biztanleriaren %	18,7	20,0	21,7	23,0
	Primen bolumena (milaka euro)	31269 4	32851 3	3438 82	36623 8
	Primak aseguratutako pertsonako	768	755	725	726
	Biztanleko primak (euroak)	144	151	157	167
	Primak / BPG (%)	0,45	0,45	0,43	0,47

- Ikus daitekeenez, azken datua 2021ekoa da: 50.4762 (puntu jarri) aseguratu EAEn. Azken urteetako hazkunde joera ikusita esan dezakegu EAeko biztanleriaren laurdenak, % 25ak, aseguru pribaturen bat edo beste daukala. Datu hori, hain zuzen ere, da Espainiako Erresumako proportzioa. Oro har, esan dezakegu osasun-arreta pribatua biztanleriaren herenari iristen zaiola.
- Arreta soziosanitario pribatuaren hazkundera ez dago ulertzerik osasun-sistema publikoaren gainbehera kontuan hartu gabe. Sare pribatuak sistema publikoaren ahuldadea baliatzen du bere hazkunderako.