

En ESK tenemos claro que los problemas y demandas aquí expuestas hasta ahora son problemas coyunturales que arrastra Osakidetza desde hace años, también tenemos claro que estos problemas no se van a solucionar hasta que no se aborden con valentía los problemas estructurales.

Y para ESK, abordar los problemas estructurales pasa por una profunda democratización en el funcionamiento tanto interno como externo de Osakidetza.

A nivel interno, es fundamental que se dé voz a la actual plantilla; por ello, ESK exigimos que se convoquen elecciones sindicales, sería inaudito que el lehendakari no convocase elecciones y, a pesar de ello, el parlamento, esta comisión, etc., siguiesen con su actividad como si no pasase nada, pues bien, eso es lo que sucede en Osakidetza, llevamos más de 9 años sin elecciones sindicales, nadie que trabaja actualmente en Osakidetza nos ha elegido como representante suyo y seguimos aquí, tomándonos la licencia de hablar en su nombre.

Fruto de esta ilegitimidad, las diferentes direcciones de las OSIs se permiten el ninguneo y la prepotencia que hemos denunciado de manera sistemática; como muestra, lo acontecido este verano en Emergentziak-Osakidetza.

Los Centros Coordinadores de Araba y de Bizkaia no tuvieron médica en turno de noche, teniendo que asumir personal de enfermería tareas que no le correspondía y eso, tengan por seguro, que repercutió en la atención sanitaria. A la falta de personal facultativo para trabajar, sobre todo en los Centros Coordinadores, la directora de personal responde obligando al personal habitual a modificar su cartelera para favorecer la contratación de personal externo, de manera que han realizado guardias a la carta, sobre todo, en los Equipos de Emergencia, sin que tengamos claro que hayan cumplido con los descansos que legalmente son preceptivos entre jornada y jornada.

Esta contratación de personal externo ha generado en dos meses, del 1 de julio al 31 de agosto, un sobre coste a las arcas públicas de 29.103,5 euros. A lo que hay que añadir la fatiga física y psicológica al trabajar por debajo de esos mínimos, en las categorías de médicas, enfermeras y operadores de los Centros Coordinadores, teniendo en cuenta la sobre carga asistencial que suponen las semanas de fiestas de Bilbo, Donostia y Gasteiz.

Frente a esto, ESK hemos solicitado a la dirección en reiteradas ocasiones que el personal habitual de Emergencias debe estar localizado en guardias voluntarias remuneradas, pudiendo asumir indistintamente tanto un Equipo de Emergencias como el Centro Coordinador; propuesta que, a pesar de contar con el apoyo mayoritario de la plantilla, es sistemáticamente rechazada.

Pero como mencionábamos más arriba, esta democratización que debe acometer Osakidetza también ha de darse en sus relaciones con la sociedad.

Nos enfrentamos a un paradigma de prestación de servicios sanitarios que más tiene que ver con le refundación capitalista tras la crisis de 2008, basado en la acumulación por desposesión, siendo los servicios Públicos, como la Sanidad y la Educación, los nuevos nichos de negocio; negocio amparado en una legislación estatal, la Ley 15/97, aprobada en el Parlamento de Madrid con los votos favorables del PSOE, PP, PNV, CC y la extinta CiU, con el único objetivo de poner la sanidad pública en manos de empresas privadas cuyo objetivo es lucrarse a costa de la consiguiente precarización de las condiciones laborales de las personas trabajadoras, así como de la pérdida de la calidad del servicio que debemos prestar a la ciudadanía, y que

además permitió la proliferación de empresas privadas para prestar servicios dentro de nuestros Centros (limpieza, Transporte Sanitario, Lavandería, Lencería, mantenimiento, etc.) detrayendo dinero de las arcas públicas para beneficios empresariales; o el art. 90 de la Ley General de Sanidad, que permite la concertación de servicios con las entidades privadas, otra manera de dirigir dinero público a los bolsillos privados, sin olvidar las UGC, auténticos caballos de Troya de la privatización.

Es por ello que ESK apoya la ILP impulsada por CAS a nivel estatal, por la recuperación de una Sanidad Universal, 100% Pública y de Calidad que incluye, además de la derogación de estas leyes privatizadoras y la recuperación de todo lo privatizado, la atención sanitaria para todas las personas, independientemente de su situación administrativa; la creación de un Sistema Público de Farmacia y Productos Sanitarios; la atención sanitaria de los centros de mayores en manos del sector público y la recuperación y reforzamiento de la AP.

Y es este último punto, la situación de nuestra AP, el que más preocupa a ESK. Situación que no es ajena al paradigma neoliberal surgido de la crisis de 2008, ya que sistemáticamente ha sido ninguneada y maltratada por los diferentes gestores de Osakidetza y del Departamento que dirige el PNV; situación que se vio agravada con la creación de las OSIs y su modelo de Gestión hospitalcentrista que la propia OMS ya denunció en informe fechado en 2008 como una tendencia que no responde de forma eficaz al impulso de la AP ni a los desafíos sanitarios, demostrándose que la focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada no resulta rentable, generando un costo elevado en cuanto a medicalización innecesaria y iatrogenia..

Desde ESK defendemos los valores recogidos en la Declaración de Alma-Ata de 1978: justicia social y derecho a una mejor salud para todos y todas, participación y solidaridad; cuya definición de AP como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, formando parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, sigue estando plenamente vigente.

El equipo de atención primaria ha de poder responder a la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad, y cuando esto no es posible, ha de poder movilizar otros recursos, derivando a la persona a otros niveles asistenciales (atención especializada, asistencia domiciliaria, servicios sociales u organizaciones comunitarias) pudiendo acceder a pruebas diagnósticas o tratamientos especializados. Esto es hoy en día imposible en nuestros CS, nos encontramos con que, aunque cada vez faltan más profesionales, cada vez hay más módulos y más "horas extras" del personal facultativo.

Mediante este sistema de peonadas, Osakidetza ahorra en contrataciones y mucho, pero a costa de convertir nuestra AP en "un gran PAC" porque este personal médico que dobla su actividad o mete horas extras solo ve lo indemorable. No hay seguimiento, no hay control de las cronicidades, ya que para conseguir cita con tu equipo de atención primaria hay que

esperar 2 o 3 semanas. Lo peor de esta situación es que la población se ha acostumbrado a esperar, lo que supone un aumento de las complicaciones y el abandono por parte de Osakidetza de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Osakidetza pretende usar el rol del profesional de enfermería para suplir la carencia del personal médico, llenando sus agendas con pacientes indemorables y consultas telefónicas, infrautilizando su papel fundamental en la Educación Sanitaria y la prevención de la enfermedad.

Para revertir esta situación es imprescindible un empoderamiento de la AP, poniéndola en la centralidad del Sistema Sanitario y dotándola de medios humanos y materiales, incrementando su presupuesto hasta al menos un 25% del presupuesto sanitario, incluyendo la Atención Integral a la Salud Mental, la Reproductiva y Sexual y la Gerontológica.

Así mismo, y como defiende la OMS, es imprescindible poner a las personas en el centro de la atención sanitaria, fomentando e impulsando su participación en la toma de decisiones no sólo a nivel individual, sino también colectivo, esto significa la instauración del método clínico de democracia participativa, concepto radicalmente diferente a lo que Osakidetza entiende por participación ciudadana, ya que gerentes, directores médicos y jefes de servicio son nombrados con criterios políticos, defendiendo por tanto los intereses del partido y no los de los y las usuarias. La introducción de conceptos relacionados con la gestión privada y la competencia, base de la mercantilización, han permeado todo el sistema; priman la obsesión en la codificación y la medición repetitiva de indicadores de atención sanitaria de dudosa utilidad para la ciudadanía y que justifican los sistemas de incentivación puestos en marcha.

Los Consejos de Salud son totalmente inoperantes ya que no participan de la toma de decisiones, la gestión de los Centros es opaca y vertical, y las decisiones en lo que atañe a las prestaciones sanitarias son tomadas por una élite minoritaria; lo que ha primado en estas décadas es el sometimiento a los planes de ajuste económico de la UE, el maltrato a las plantillas y la supeditación al complejo médico industrial y farmacéutico.

Desde ESK proponemos la democratización real de la gestión de los Centros; la elección de los Gestores por la plantilla, con posibilidad de revocación; la creación de Comités paritarios gestores, plantilla y ciudadanía comprendida en la Zona Básica de Salud con mecanismos reales de decisión y de veto; transparencia con publicación en tiempo real y con acceso libre a todo lo relacionado con el gasto: licitaciones, adjudicaciones y compras, así como toda la información sobre plantillas, tecnología disponibles, actividad del centro, resultados, indicadores de salud y de calidad, etc.

Osakidetza se centra exclusivamente en los aspectos individuales de la enfermedad eludiendo intervenir sobre los factores que condicionan la salud colectiva. Desde hace décadas se ha privilegiado la teoría de la responsabilidad del individuo y de sus malos hábitos. Sin obviar la necesaria intervención sobre dichos factores, no podemos poner el énfasis exclusivamente en generar políticas de promoción y prevención que busquen cambiar los estilos de vida individuales, ocultando así la génesis de dichos "estilos de vida", más bien condiciones de vida, que vienen determinadas por la desigualdad interna, la clase social, y las relaciones de poder. Sabemos que cuanto más desigual es una sociedad, mayores son las diferencias de clase a la hora de enfermar y de morir, pero también peores son los indicadores para todas las clases sociales. Estas desigualdades determinan años de vida perdidos por todos y todas. Para ESK, una herramienta imprescindible para combatir estas desigualdades es la instauración de una RBI.

Un Sistema de Salud, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad debe planificar su actividad de forma coordinada con otros sectores sociales y establecer prioridades basadas en la reducción de las desigualdades sociales, en la mejora del estado de salud de la población y en la inversión en bienestar social, aunque para ello haya que cuestionar el “crecimiento” económico. Desde ESK nos preguntamos si cada proyecto de Ley que prepara el Gobierno es elevado al Departamento de Salud para elaborar un informe sobre cómo afecta a la Salud de la ciudadanía vasca.

La salud no es el producto del sistema sanitario, sino la expresión de una sociedad justa y equitativa que logra para todos sus miembros educación, vivienda, trabajo y justicia mediante la distribución adecuada de los recursos materiales, humanos y financieros.