

# BEHAR DUGUN OSAKIDETZA

9 ardatz eta 81 proposamen





# BEHAR DUGUN OSAKIDETZA



**9 ardatz eta 81 proposamen**

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LABURPENA</b> .....   | <b>7</b>  |
| <b>SARRERA</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>KRONOLOGIA LABURRA. NOIZ DESBIDERATU ZEN NORABIDEA?</b> ..... | <b>9</b>  |
| <b>ESFORTZUA PILATZEKO BEDERATZI ARDATZ OINARRIZKO</b> .....     | <b>10</b> |
| <b>1. BALIABIDE EKONOMIKOAK</b> .....                            | <b>12</b> |
| Diagnostikoa .....   | 12        |
| Proposamenak .....   | 12        |
| <b>2. LEGEEN MUGAK</b> .....                                     | <b>13</b> |
| Diagnostikoa .....   | 13        |
| Proposamenak .....   | 13        |
| <b>3. EGITURA ETA ANTOLAKETA</b> .....                           | <b>14</b> |
| Diagnostikoa .....   | 14        |
| Proposamenak .....   | 14        |
| <b>4. ZERBITZU-ZORROA</b> .....                                  | <b>15</b> |
| Diagnostikoa .....   | 15        |
| Proposamenak .....   | 21        |
| <b>5. ARLO SOZIOSANITARIOA</b> .....                             | <b>24</b> |
| Diagnostikoa .....   | 24        |
| Proposamenak .....   | 25        |
| <b>6. OSASUN-LANGILEAK</b> .....                                 | <b>26</b> |
| Diagnostikoa .....   | 26        |
| Proposamenak .....   | 29        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>7. OSAKIDETZAKO ERABILTZAILEAK .....</b> | <b>30</b> |
| Diagnostikoa .....                          | 30        |
| Proposamenak .....                          | 32        |
| <b>8. OSASUN-EZAGUTZA .....</b>             | <b>33</b> |
| Diagnostikoa .....                          | 33        |
| Proposamenak .....                          | 33        |
| <b>9. OSASUN INDUSTRIA PUBLIKOA .....</b>   | <b>35</b> |
| Diagnostikoa .....                          | 35        |
| Proposamenak .....                          | 35        |



# LABURPENA

Osakidetzaren egungo egoerak bere sorreran ezarritako printzipioen desbideratze esanguratsua islatzen du. Printzipio horiek Lehen Mailako Arretan oinarritzen ziren, eta hori hartzen zuten osasun-sistemaren ardatz nagusi gisa. Urteetan zehar, lehiakortasunari eta errentagarritasun ekonomikoari lehentasuna ematen dien eredu merkantilista bateranzko aldaketa ikusi da, osasun publikoaren eta osasunaren baldintzatzaile sozialen kaltetan.

Aldaketa horren ondorioz, sistema degradatu egin da, eta orain kolapsoaren arriskuari aurre egin behar dio. Lehiakortasuna eta lankidetzaren publiko-pribatua sustatzen dituzten politikak ezartzeak, ikuspegi ospitalezentristarekin batera, Lehen Mailako Arretako baliabideak desbideratu ditu, nahiz eta hori izan beharko litzatekeen sistemaren muina.

Erronka horiei heltzeko, arreta behar duten bederatzi ardatz oinarritzko identifikatu ditugu. Besteak beste, Lehen Mailako Arretan inbertsioa handitzeko, sektore pribatuarekiko lankidetzak ezabatzeko eta parte-hartze demokratikoa sustatzeko antolaketa-egitura erreformatzeko beharra. Era berean, zerbitzu-zorroa dibertsifikatzearen garrantzia nabarmentzen da, ikuspegi integralagoa txertatzeko, osasun-arloko hainbat lanbide aintzat hartu eta talde zaugarrienei arreta hobea emateko, langileen kudeaketa-eredua aldatzeko eta herritarrekiko harreman-eredu berri bat ezartzeko. Azkenik, Osakidetzan ezagutza sanitarioa eta berrikuntza nola txertatzen diren berrikusi dugu.

# SARRERA

Osakidetza Alma-Atako Adierazpenetik ateratako eredian oinarrituta jaio zen. Eredu horretan, Lehen Mailako Arreta zen sistema osoaren erdigunea, eta osasun-arloko desberdintasunei aurre egitea zuen helburu, ikuspegi demokratikotik eta komunitatearekiko partaidetzaren ikuspegitik, osasunaren baldintzatzaile sozialak kontuan hartuta. Berrogei urte baino gehiago igaro diren honetan, ikus dezakegu Lehen Mailako Arreta atzeko planoan dagoela egitura publikoaren barruko garrantziari eta inbertsioari dagokienez, parte-hartze eta esku-hartze demokratikorako metodoak ez direla garatu, eta osasunaren baldintzatzaile sozialei ez zaiela garrantzirik ematen eta, kasu gehienetan, ez direla kontuan hartzen asistentzia sanitarioari heltzeko orduan.

Horren ordez, lehiakortasunean eta errentagarritasun ekonomikoan oinarritutako eredu merkantilista ezarri dute, interes pribatuek zeharkatua, non industria farmazeutikoaren interesek osasunaren irizpide sanitarioa ordeztu duten. Dinamika hori hedatu egin da, halaber, erabiltzaileak osasun publikoarekin erlazionatzeko duten moduarekin, zeinak kontsumismo sanitarioa sustatzen duen harreman-eredu utilitarista sorrarazten duen.

Horren ondorioz, Osakidetza hasia da sortu zeneko helburuak betetzeko gai ez izaten, eta sistema hainbeste degradatu da, ezen osorik kolapsatzeko arriskua baitago. Puntu horretara iritsita, lema-kolpe handi bat behar dugu, sistema eraldatzea lortuko duena, herritarren osasun-beharrei berriro erantzun diezaion.

# KRONOLOGIA LABURRA.

## NOIZ DESBIDERATU ZEN NORABIDEA?

- 1984an sortu zen Osakidetza, eta Alma-Atako Adierazpenean ateratako ondorioen eta Lafambroise ereduaren eragin handia izan zuen haren diseinuak. Hala ere, 10/1985 Legearen bidez sortzeagatik, dagoeneko elementu kezkarriak zituen, hala nola 23. artikuluan jasotakoa, zeinaren bidez Osakidetzak hitzarmenak egin baititzake osasun-zentro eta ospitale pribatuekin, bai eta osasun-zerbitzuak ematen dituzten beste entitate eta erakunde batzuekin ere.
- 1993an, Iñaki Altunak Osasuna Zainduz plana onartu zuen lehiakortasuna, kostuen murrizketa, bezeroaren figura, osasungintza merkatu gisa, eskaintza- eta eskari-politikak, eta emaitzengatik pizgarriak osasun-sistema publikoaren kudeaketa-esparru gisa ezartzeko asmoz. Araudi hori indartu egin zen Euskadiko Antolamendu Sanitarioaren ekainaren 26ko 8/1997 Legean, “Kontratu Programa” txertatu baitzen ospitaleak eta osasun-zentroak kudeatzeko modu gisa. Programa horren bidez, arduradunek zenbait irizpide ekonomizista eskuratuko zituzten osasun-asistentzia ematerakoan, eta hori etorkizuneko aurrekontuetan ordainduko zen, helburu eta emaitza jakin batzuk lortzean.
- 1997an, Aznarren gobernuak, PSOE, PNV, CC eta CiU ohiaren aldeko botoekin, 15/97 Legea onartu zuen. Lege horrek osasun publikoaren instalazioetatik jarduteko aukera ematen die enpresa pribatuei, lankidetzak publiko-pribatuko akordioen bidez.
- 2007 eta 2008 urteen ondorengo munduko krisi ekonomikoek eta Espainiako higiezinaren burbuilaren krisiak eragin zuten nazioz gaindiko inbertsio-funtsek osasungintzan eta industria farmazeutikoan errentagarritasun- eta egonkortasun-nitxo oso garrantzitsua topatzea. Espainiako estatuan, zehazki, ordura arte higiezinaren aktiboekin espekulatu zuten funts handiak aseguramendu sanitario pribatuaren sektorean hasi ziren. Horren gertuko adibidea da 2012an IMQ Zorrotzaurre eraikitzea.
- 2010ean, Rafael Bengoaren eskutik, Erakunde Sanitario Integratuak (ESI) kudeatzeko ereduak ezartzen hasi zen. Kudeaketa-eredu horrek lurralde-mugapeak sortu zituen, kudeaketan autonomoak direnak, eta finantzaketa-oinarriak eta pizgarriak dituztenak, proposatutako eraginkortasun-helburuak betetzearen arabera.
- Rodríguez Zapaterok Espainiako Konstituzioaren 135. artikulua aldatu zuen 2011n, “aurrekontu-egonkortasuna” lortzeko. Aldaketa horren ondorioz, administrazioek beren betebeharrak aurre egiteko zorpetu ahal izateari uzten diote (lehentasuna ematen zaio zorraren ordaintetari zerbitzu publikoaren aurretik).
- 2020an, koronabirusaren osasun-krisiak gainezkatu, kolapsatu eta geldiarazi egiten du Osakidetza. Sistema oraindik ez da kolpe horretatik osatu.

# ESFORTZUA PILATZEKO 9 ARDATZ OINARRIZKO

## 1. Baliabide ekonomikoak

- a. Inbertsio-falta
- b. Ospitalea baliabide xurgatzaile gisa. Ospitalezentrismoa
- c. Lankidetzak publiko-pribatuak

## 2. Legeen mugak

- a. EAE barruan
- b. EAetik kanpo

## 3. Egitura eta antolaketa

- a. ESI ereduak (efizientzia eta lehiakortasuna)
- b. Zuzendarien eta kargu ertainen izendapena
- c. Demokrazia eta parte-hartze falta
- d. Adierazleen erabilera desegokia kudeaketa-txostenetan

## 4. Zerbitzu-zorria

- a. Zerbitzu-zorria
- b. Historia klinikoa eta datu sanitarioak
- c. Lehen Mailako Arreta
  - i. Jada ez da komunitarioa
  - ii. Luzetarako zainketen beharra
  - iii. Kontsumismo sanitarioaren moderazio-funtzioa galtzea
  - iv. EAG iraunkorreko arreta
- d. Eredu farmazeutikoa
  - i. Ultrateknologizazio sanitarioa
  - ii. Industria farmazeutikora bideratutako formakuntza
  - iii. LMAn txertatutako farmazia komunitarioa
- e. Emakumearen osasuna
- f. Pediatria
- g. Ospitaleko arreta eta arreta espezializatua
- h. Osasun mentala
- i. Larrialdiak eta ospitalez kanpoko emergentziak
- j. Errehabilitazioa eta mutualitateak
- k. Etxeko ospitalizazioa
- l. Laneko osasuna

**5. Arreta soziosanitarioa eta zainketak**

- a. Zaharren egoitzak
- b. Desgaitasuna duten pertsonen arreta
- c. Zainketen sare nazionala

**6. Osasun-langileak**

- a. Eginkizunak eta egitekoak
- b. Langileen dimentsionamendua
- c. Mediku falta
- d. Erizain eta erizaintzako laguntzaile falta
- e. Goi-mailako tekniko sanitarioak
- f. Lan ordutegia, bateragarritasuna eta guardiak

**7. Osakidetzako erabiltzaileak**

- a. Osasun-sistemaren benetako funtzionamenduari buruzko ezagutza eskasa
- b. Pazientea, osasun-komunitatearen elementu pasibo gisa
- c. Asistentzia-harremanen ereduak
- d. Eredu utilitaristaren ondorioak: kontsumismo sanitarioa

**8. Osasun-ezagutza**

- a. Graduondoko aurreko formakuntza
- b. BIOEF

**9. Osasun Industria Publikoa**

# I. BALIABIDE EKONOMIKOAK

## DIAGNOSTIKOA

Eustaten arabera, EAeko administrazio publikoek BPGrekiko egindako inbertsioa % 7,2 izan zen, OMEk gomendatutako % 9tik urrun samar. Dena den, inbertsio gordinaz haratago, garrantzitsua da inbertsio horren azken helburuari arreta jartzea. Alde batetik, aurrekontu horren % 25ak Lehen Mailako Arretara joan behar du, eta hori ez da gertatzen ari (ESI ereduak berak zaildu egiten baitu). Bestalde, teknologian gehiegizko gastua dago, baina gastu horrek ez die benetako behar klinikoei erantzuten, farmaindustriaren interes komertzialei baizik. Era berean, azpikontratazioek eta gaizki deituriko lankidetzak publiko-pribatuek aurrekontua oztopatzen dute, osasun pribatuaren mesedetan.

Horrekin batera, arretan gailentzen diren LMAREN ahultzea eta arreta espezializatuaren eta hirugarren sektoreko arretaren gailentzeak direla eta. Beharrezkoa da eredu ospitalezentrista horrekin amaitzea eta LMA benetako iragazkia eta ahalegin sanitarioaren moderatzailea zeneko ereduari berriro ekitea.

## PROPOSAMENAK

1. Administrazio publikoetatik inbertitzea EAeko BPGaren % 9.
2. Aurrekontu osoaren % 25 LMARA bideratzea (eta ESI ereduak kentzea).
3. Osasun-zerbitzuen azpikontratazio guztiak kentzea eta lehengoratzeko, lanposturik galdu gabe.
4. Hornitzaile sanitario pribatuekiko lankidetzak publiko-pribatuak ezabatzea, eta haien ordez zerbitzu horiek modu publikoan ematea eta kudeatzea.
5. Osasun-teknologiari dagokion gastua arrazionalizatzeko plana.
6. Eredu ospitalezentristarekin amaitzea. LMA Osakidetzaren ardatz nuklear bihurtzea.
7. Hurbileko zerbitzuak handitzea, ospitaleko pisua arintzeko.
8. Lehen mailako osasun-asistentzian sustatzen eta ahalbidetzen diren politikak luzetarako izatea (osasun-talde bera osasun-zentro berean askoz denbora gehiagoz egotea komunitate berarekin lanean).

## 2. LEGEEN MUGAK

### DIAGNOSTIKOA

Osasun-arloko eskumenak EAeri transferituta daude; hala ere, Estatuko lege askok ahalbidetzen dute EAEk modu independentean aurrera egin ahal izatea osasun-sistema hobetzeko bidean. Horregatik, dagokion legedia berrikusteaz gain, bai Eusko Jaurlaritzak bai EAEko alderdiek bide horretan lagunduko duten erreformak sustatu behar dituzte Espainiako Parlamentuan.

### PROPOSAMENAK

9. Uztailaren 3ko 100/2018 dekretua aldatzea, ESI kudeaketa-sistema ezabatzeko
10. Osasun Sistema Nazionala kudeatzeko modu berriak gaitzeari buruzko apirilaren 25eko 15/97 Legea indargabetzea.
11. Osasunari buruzko Lege Orokorraren (apirilaren 25eko 14/1986 Legea) 90. artikulua indargabetzea, zeinak osasun-sistemaren berezko zerbitzuak enpresa pribatuekin ituntzea ahalbidetzen duen.
12. Osasunari buruzko Lege Orokorraren (apirilaren 25eko 14/1986 Legea) 66 eta 67. artikulua indargabetzea, zeintzuek sektore pribatua ospitale publikoen sarean sartzea ahalbidetzen duten.
13. Martxoaren 30eko 439/2007 Errege Dekretuaren 46. artikulua indargabetzea, zeinak enpresek osasun-aseguru pribatuak kontratazeko dirulaguntzak ematen dituen.
14. Sektore Publikoaren Araubide Juridikoaren urriaren 1eko 40/2015 Legearen 118. artikulua aldatzea, erakunde pribatuei eragozteko osasun-jarduera publikoa ematea, hornitzea, kudeatzea edo gauzatzea helburu duten partzuergoetan parte hartzea.
15. Sektore Publikoko Kontratuen Legearen (azaroaren 8ko 9/2017 Legea) 270 c artikulua berehala aplikatzea, zeinaren bidez edozein azpikontrataren kontratua desegin daitekeen zuzeneko kudeaketa publikora pasatzeko.

### 3. EGITURA ETA ANTOLAKETA

#### DIAGNOSTIKOA

Denborak erakutsi du ESI kudeaketa-eredua kaltegarria dela Osakidetzarentzat. Mugaketa geografikoa dakarren egituraz gain (zeinak ez duen inolako osasun-logikarik), ESlen artean lehiakortasuna sortzeko asmoa ere badu, logika merkantilistaren bidez funtsak lortzeko. Efizientzia sanitarioa, beraz, ezin da errentagarritasun ekonomikoaren edo kostuak aurreztearen arabera neurtu; baizik eta osasuna berreskuratzearen, desgaitasunean funtzionagarritasuna berregokitzearen eta heriotza onean laguntzearen arabera.

Era berean, Osakidetza barneko demokrazia faltarekin amaitu behar da berehala. Profesionalek ez dute parte hartzen antolaketa-egituraren eztabaida estrategikoetan, zuzendarien izendapenetan eta emaitzen berrikuspenean, eta horrek gaitzuste nabarmena eragiten du, zeina arreta-planen emaitzetan islatzen den. Gainera, herritarrek ez dute parte hartzen euren osasun-sistema propioaren kudeaketan, antolamenduan zein funtzionamenduan, eta horrek osasunean emaitzak hobetzeko estrategiak ezartzea zailtzen du.

Halaber, zuzendariak erabakitzen dituzten plan eta estrategia horiek ezin dituzte berrikusi eta ikuskatu idazten dituzten erakunde berberak, zeintzuek plan eta estrategia horiek sortzean irizpide ekonomizista hutsak erabiltzen dituzte, osasunari dagokionez adierazitako desiragarritasun klinikoari atxikita. Horrekin batera, Osakidetzaren opakutasun bereizgarriekin amaitu behar da, kudeaketaren kontrola elkarteek, sindikatuak, profesionalek eta herritarrek partekatu dezaten.

#### PROPOSAMENAK

16. ESI kudeaketa-sistema ezabatzea eta Oinarrizko Osasun Eremuetan oinarritutako kudeaketa-eredu bat txertatzea, osasun-estrategia guztiak abiarazteko funtsezko zutarrigisa.
17. Kudeaketa guztiz demokratizatzea. Batzorde parekideak sortzea Oinarrizko Osasun Eremuko kudeatzaileek, langileek eta herritarrek osatuta eta benetako erabaki- eta beto-mekanismoekin; batzorde parekide horiek erabakitzea nortzuk izango diren kudeatzaileak, eta herritarrek Oinarrizko Osasun Eremuan parte hartzeko mekanismoak ezartzea.
18. Gardentasuna datu ekonomikoen sarbideari, eskura dauden teknologiei, erosketei eta aurreikuspenei dagokienez.
19. Gardentasuna asistentzia-zerbitzu bakoitzaren osasun- eta kalitate-adierazleen emaitzei dagokienez.

## 4. ZERBITZU-ZORROA

### DIAGNOSTIKOA

Osakidetzaren zerbitzu-zorroa nahiko mugatua izan da beti. Medikuen lanbidea dela osasun-arloko asistentzia-prozesuan garrantzitsua den lanbide bakarra, eta gainerako guztiek horren inguruan orbitatzen dutela sinesteari utzi behar diogu behingoz. Premiazkoa da beste osasun-lanbide batzuk gehitzea, euskal herritar guztien irisgarritasuna bermatzeko moduko kopuru nahikoan. Alde batetik, horrek hainbat diziplinan, hala nola odontologian eta oftalmologian, dagoen egungo arreta-gabezien arazoa arinduko luke gizarteko estratu pobreenetan. Bestalde, diziplinarteko taldeak hobetzeko eta horien efizientzia biderkatzeko ere balioko luke.

Horiekin batera, beharrezkoa da egungo historia klinikoetan pertsona bakoitza artatzen duten profesional guztiak gehitzea, izan eremu publikokoak zein pribatukoak. Ez du inolako zentzurik itsu-itsuan lan egiteak, pertsoneri egindako interbentzioak, agindutako preskripzioak eta egindako balorazio guztiak ezagutu gabe. Horrek segurtasun klinikorik eza eragiten du.

Bigarrenik, faktore sozialek, ekonomikoek eta politikoez gure pazienteen osasunean, autozaintza-gaitasunean eta autonomian eragin erabakigarria dutenez, beharrezkoa da osagai soziosanitarioa txertatzea historietan, eta horretarako, eremu horretako profesionalak ohikoan egiten dituzten balorazioak txertatzea.

Agerikoa da historia klinikoetako datuak bereziki delikatuak direla, eta, beraz, datu horien tratamendua Datuak Babesteko Legeak arautu behar duela, ezin bestela izan. Gainera, historietan jasotako datuen garrantzi berezia dela eta, administrazio publikoek are zorrotza-  
goak izan behar dute datu horiek zaintzeko orduan, eta, beraz, ezin daitezke inondik inora interes pribatuetarako erabili. Profesional pribatuek besterenezina den identifikazio bidez soilik izan dezakete sarbidea datuak txertatzeko eta interesgarriak izan daitezkeenak soilik kontsultatzeko. Hori bereziki garrantzitsua da big dataren eta adimen artifizialen aro honetan; izan ere, haien erabilera ahalmena izugarria da, baina horiei lotutako arriskuetatik babestu behar gara.

Duela hamarkada batzuetatik hona, Osakidetzak alde batera utzi du Alma-Atako Adierazpenean oinarritutako Lehen Mailako Arretaren eredu, zeina ESK-k baliozkotzat defendatzen jarraitzen duen, justizia sozialean eta guztientzako osasun hobea izateko eskubidean, parte-hartzean eta elkartasunean oinarrituta, eta osasuna sustatzera eta gaixotasunak prebenitzera bideratuta baitago.

Osakidetzak martxan jartzen dituen planak beti dute helburu eskaria kudeatzea eta ez osasunari erantzutea. Horrek arreta puntualaren eta urgentearen rola ematen dio, EAG bat balitz bezala. Oro har, atzerazineko patologiak artatzen dira, kasuen jarraipen egokirik egin gabe, eta arreta pertsonak hautemandako arazoan jartzen da, pertsonaren esfera globalean fokalizatu beharrean.

Horrek supermerkatu moduko zerbait bilakatzen du LMA, zeinak zerbitzua nahierara emateko balio duen, pertsonaren testuingurutik, hau da, osasunaren baldintzatzaile sozialetatik aldentuta eta pazientearen osasunaren sustapena eta autozaintza autonomoa eragotzita. Eta hori areagotu egiten da itxaron-zerrendek eragindako atzerapen luzeen ondorioz. Hortaz, LMAk ez du inoiz bere eginkizun nagusietako bat betetzeko astirik: osasun-plan komunitarioak sortzea, osasuna sustatu eta gaixotasuna prebenitzeko, ahalegin sanitarioa arrazionalizatzeko eta, bide batez, beharrezkoak ez diren baliabideen kontsumoa murrizteko.

Gainera, LMAn diseinatu behar dira, behin eta berriz errepikatu dugun bezala, osasuna sustatzeko eta gaixotasuna prebenitzeko kanpainak. Kanpaina horiek espezifikoak izan behar dute Oinarrizko Osasun-Eremu (OOE) bakoitzean, eraginkorrak izateko. Era berean, LMA termometro ezin hobea da bizi-kalitatea ezagutzeko eta etorkizuneko osasun-arriskuak aurreikusteko; izan ere, erabiltzen dituzten datuek eta komunitatean egiten dituzten esku-hartzeek gida gisa balio behar digute politika publikoen eta bilakaera ekonomiko eta soziopolitikoaren eragina ezagutzeko.

LMAk behar bezala funtzionatzeko funtsezko faktoreetako bat luzetarako asistentzia da. Hori galdu egiten da dagoeneko ohikoa den langileen errotazio handiarekin, eta asistentzia-taldeak ezin du elkar ezagutu, ezta erabiltzaileak eta komunitateak ezagutu ere. Frogatuta dago LMAn asistentzia-talde bera edukitzeak 15 urtez edo gehiagoz ospitaleko larrialdietara egindako bisitak % 30 murrizten dituela, ospitalizazioak % 28 eta heriotza-tasa % 26.

Hori gutxi balitz, pandemiaren ostean telefono bidezko kontsultaren erabilera zabaldu eta orokortu egin da, eta horrek egoeren ehuneko oso txiki bat baino ez du konpontzen, eta normalean aurrez aurreko hitzordua eskatu beharrean amaitzeko baino ez du balio. Unean uneko zalantza horiek argitzeko telefono bidezko Osasun Aholkua daukagu.

LMAren degradazio horrek guztiak LMAko profesionalaren prestigioa murriztea dakar berekin. Izan ere, BAMEan gutxien eskatzen den espezialitate medikoetako bat izateaz gain, pizgarri gutxien jasotzen duena eta prestakuntzan inbertsio txikienak dituen da. Horrek guztiak eta presio asistentzialaren neurrigabeko igoerak antsietate- eta depresio-tasa handienak dituen espezialitatea egiten dute LMA, Espainiako Medikuen Elkargoen Erakundeak berriki egindako azterlan baten arabera. Laburbilduz, asko dira LMAren kontsultarako alternatibak bilatzen dituzten profesional sanitarioak, asistentzia modu nabarmenean hustuz.

Etengabeko Arretako Guneen (EAG) figurak arazo hori larriagotu baino ez du egin. Presio asistentziala arindu beharrean, eskaria berehala asetzen duen osasun-hezkuntza sorrarazi du, asistentzia-taldeak behar bezala jarraitzen ez dituen prozesuetarako laguntza puntualaren bidez. Eskari asistentzial hori LMAren ohiko kontsultara eraman da, eta taldeari bere funtzioa behar bezala egitea eragotzi zaio. Oro har, bereziki konplexuak eta faktore anitzekoak diren arazoei irtenbide errazegiak eta bakarrak eman ezin bazaizkie ere, EAGak LMA ematen den osasun-zentroetan egoteak kontrakoa erakusten die pazienteei.

Azkenik, LMAko medikuek izapide burokratiko gehiegi egin behar dituzte, eta horiek kontsultetarako denbora kentzea baino ez dakarkie. Era berean, LMAko taldeen betebeharrak gainkargatzen dituzten arreta espezializatuaren proba eta baheketa gehiegi daude, bai eta espezialitateek LMAko profesionaleri izapideak eskatzeko ohitura ere, izapide horiek arreta

espezializatutik egin daitezkeenean. Horrek gaitasunak eta energia baino ez dizkio kentzen dagoeneko neka-neka eginda dagoen LMARI.

Eredu farmazeutiko eta teknologiko sanitarioa, bestalde, industria farmazeutikoaren interesek zeharkatzen dute erabat. Industriaren salmenta-interesa ez ezik, medikuen graduondoko prestakuntza-iturri nagusia industria pribatu horren bidez egiten denez, farmaindustriaren premia komertzialetan eragin handia dute logika asistentzialak, ezagutza orokorrak eta zuzendarien erabakiak hartzen diren esparruak (zuzendari horietako gehienak medikuak dira lanbidez). Nahiz eta erabaki horiek hartzen dituztenak ez diren nahitaez eragin horretaz jabetzen.

Horren ondorioz, asistentzia-kalitatea puntako teknologian egindako inbertsio handiekin nahastu da. Gainera, teknologia horien emaitzek ez dute justifikatzen ekarri zuten gastu neurrigabea. Dinamika horren baitan, zenbait osasun-arazo gainmedikatzeko joera dago, berez arazo horiei beste ikuspegi batzuetatik hel dakekeenean, emaitza hobeak lortzeko. Gauzak horrela, 50 urtetik aurrerako paziente polimedikatuen ehunekoa handia da. Paziente horiek hiru medikamentu baino gehiago modu kronikoan hartzean, interakzio sendagarriak eta nahi ez ditugun efektuak izan ditzakete, ezagutzen ez ditugunak eta, batez ere, aurreikusi eta kalkulatu ezin ditugunak. Ez da ez dugulako nahi, baizik eta ez delako egin gaiaren inguruko ikerketa nahikorik.

Faktore anitzeko arazoa da hau. Bat egiten baitute bere eginkizunak behar bezala gai egiteko ez den LMA, profesional espezialisten arteko koordinazio falta nabarmena, azken urteetan areagotu egin den kontsumismo sanitarioa eta farmakologiako profesionalen inplikazio eskasa asistentzia-prozesuetan. Horregatik, gero eta beharrezkoagoa da osasun-zentroan bertan LMAko lantaldean integratutako farmazia komunitarioko profesionalaren figura.

Bizi garen sistema heteropatriarkal eta normatiboak ere isla dauka gure Osasun Arretaren ereduan. Emakumeak gure biztanleriaren % 52 dira gaur egun; eta hala ere, gida klinikoak zein ezagutza medikoa emakumeak barne hartu ez diren azterlanetan oinarritzen dira. Horrek patologien diagnostikoa atzeratzea dakar, edo are, patologien infradiagnostikoa egitea. Era berean, genero-alborapenek osasun-asistentzia osoa zeharkatzen dute; izan ere, emakumeei gutxiago sinisten zaie sintomatologia organikoan, osasun mentalaren diagnostiko gehiago dituzte eta psikofarmakoek preskripzio gehiago dituzte gizonen baino.

Emakumeen osasunaren beste puntu delikatuetakoa bat arreta ginekologikoa eta obstetrikoa da. Onartezina da Osakidetzan indarkeria obstetrikoa egotea. Erditzen laguntzeko eredia birpentsatu behar da. Erditzen laguntzeko plan bat sortuko da, haurdunaldiaren jarraipen komunitarioan zehar beteko dena. Bertan, emakumeei, dituzten arriskuen arabera, eskura dituzten aukera guztien berri emango zaie, eta aukera horiek guztiak ebidentzia zientifikoarekin oinarrituko dira, eta nola erditu nahi duten aukeratu ahal izango dute. Egoera klinikoak ahalbidetzen badu, asistentzia-taldeak nahitaez bete beharko du erditzen laguntzeko plana.

Pediatriako arretari dagokionez, haur osasuntsuaren azterketez eta gure osasun-zentroetan garatzen den txertaketa-programaz gain, ez dago beharrezkoa den ingurunean, alegia, hazkuntzan eta sozializazioan, osasuna sustatzeko plangintzarik.

Eskola Osasuneko Taldeen funtzioa ikastetxeetan txertaketa hutsa egitera mugatzen da, benetako Hezkuntza Sanitario Komunitarioa egiteko duten gaitasuna alde batera utzita, eta, beraz, talde horiek desagertzera kondenatuta daude.

Pediatriako profesionalen falta nabarmena da gure osasun-zentroetan, eta gero eta gehiago dira arreta espezializatua eta osasun pribatua aukeratzen dituztenak. Hori gutxi balitz, Eri-zaintza Pediatrikoaren espezialitatearen izpirik ere ez dago gure osasun-sisteman.

Osakidetzaren sorreratik hona, arreta espezializatuak inoiz baino traba gehiago ditu. Egoera larriagotzen joan da denborarekin, LMA okerrera joan den aldi berean: LMAren eraginkortasuna zenbat eta txikiagoa eta kontsumismo sanitarioaren dinamikak zenbat eta handiagoak izan, orduan eta handiagoa izango da arreta espezializatuaren eskaera. Arazo hori agerikoagoa da kirurgia batzuetan eta OTA edo EMN motako irudi-probetan. Urte askotan zehar, Osasun sailaren irtenbidea ekintza horiek osasun pribatuarekin adostea, eta autokontzertazioak, “peonadak” deiturikoak, egitea izan da. Irtenbide horiek arazoa konpontzetik urrun, diru publikoa osasun pribatura pasatzea eta kalitate-asistentziala gero eta gehiago debaluatzea baino ez dute ekarri.

Peonadek berriz, soldata hobetzeko bide ezin hobea ekarri diete goizean erritmo ertain-baxuan lan egiten zuten eta arratsaldean ahalik eta interbentzio gehien ahalik eta denbora laburrenean pilatzen saiatzen ziren osasun-langile batzuei. Horrek ekarri du kalitate-asistentzialaren indize okerragoak izatea peonadetan zehar, prozesu bakoitzeko konplikazio handiagoak izatea, kirurgia osteko denbora handitzea eta paziente horiek kostu handiagoa ekartzea, ohiko aldietan antzeko kirurgiak izan zituztenen aldean.

Era berean, ez da baliabiderik inbertitu COVIDaren krisiak maila guztietan eragin zuen geldialdia arintzeko, eta, beraz, espezialitate batzuetako egungo egoera ausarkeriatik gertu dago. Gainera, itxaron-zerrendeiei dagokienez, Osakidetzak gardentasunik ez duenez, ia ezinezkoa da zerrenda horiek ikuskatzea.

Osasun mentalaren arloan, erronka garrantzitsu bati egin behar diogu aurre. Alde batetik, pandemiak eta haren ondorioek eskaria neurrigabe handitzea eragin dute arlo horretan; bestetik, indibidualismo basatia bultzatzen duen sistema neoliberalak, non pertsona den bere arrakasten eta porroten erantzule bakarra, prekarietate- eta desberdintasun-tasa handiekin batera, benetako bizi-krisiak ekarri dituzte, eta horietan eskaintzen den aukera bakarra profesional horiengana jotzea da, horrek dakarren preskripzio farmakologikoaren ohiko gorakadarekin.

Horrek guztiak berekin dakar eskaria handitzea, batez ere kontsultetan arreta emateko ospitalez kanpoko gailuetan. Era berean, sistemaren gainkargatzen da, administrazioko langileen mailatik kategoria guztietara; kontsulta telefonikoak ugaritzen dira; eskaera zehaztugabeagoa da. Horrez gain, erabileran espezializatutako abordatze baten zergarik gabeko sentazioa dago, eta horrek dakarren gainkarga eta asegabetasunarekin, zeinak kontsulteren atzerapena nabarmen handitzea eta pertsonen arreta okerragoa ematea esan nahi duen.

Horri guztiari gehitu behar zaio Lehen Mailako Arretarekiko erabateko koordinazio falta. Hortaz, pertsonak linboan uzten dira, eta beren osasun mentala gero eta egoera estuagoan dago.

Gainera, ezin dugu ahaztu osasun-langile guztien osasun mentala ere zaindu eta artatu behar dela, maila guztietan, baita ere osasun mentaleko profesionalak eta, jakina, Lehen Mailako Arretakoak, larrialdietakoak eta abar.

Argi dago Sare Publikoak ez duela giza baliabiderik ez baliabide materialik eskariaren neurrigabeko gorakada horri aurre egiteko, eta, beraz, sare pribatura aldatzeko hautua nabarrena da, baina jende guztiak ez du sarbiderik sare pribatu horretara.

Larrialdi Zerbitzua osasun-sistemaren ate nagusi bihurtu da azken urteotan. Dinamika horrek zuzenean edaten du LMAREN degradaziotik eta arreta espezializaturako eta irudi-probetarako itxaron-zerrenda luzeetatik. Arazo horrek kostuak handitzeaz eta beharrezkoak ez diren frogak eskatzeaz gain, ondorio kaltegarriak eta iatrogenia areagotzen laguntzen du.

Larrialdi anbulatorioen sarerik ez egoteak dinamika horietan zerikusia du; izan ere, EAGak ez daude beste autonomia-erkidego batzuetan dauden Lehen Mailako Arretako Larrialdi Zerbitzuak (LMALZ) bezala pentsatuta. Hori argi ikus dezakegu EAGen, ospitaleko larrialdien eta Emergentziak Osakidetzaren arteko benetako koordinaziorik ezan.

Hala, ospitaleko larrialdiek asistentzia-maila hori ez dagokien pazienteak artatzen dituzte normalean, EAGek baliabide egokiak dituen LMALZ batean artatu beharko liratekeen pazienteak ospitalera bideratzen dituzte, eta Emergentziak larrialdi-baliabide bati bainoago, LMAko kontsulta bati dagozkion asistentziekin betetzen da.

Asistentzia-errutina horrek malgutasun gutxi ahalbidetzen du larrialdi- edo emergentzia-kopurua handitzen denean. Horrela, gripearen moduko gailur aurreikusgarriak erabateko asistentzia-kolapsoa dakartzate (gainerako patologiei arreta egokia ematea eragozten duena), edo aurreikusi ezin diren gertaerak (Biktima Anitzen Gertakariak, adibidez) azkenean benetako erronka profesionalak dira dagoeneko gainkargatuta dagoen asistentzia-katerako.

Horri lotuta, baliabide batzuen defizit kronikoa dago. Horietako bat Bizkaian dagoen BEAm kopurua da. Kopuru hori ez dator bat lurraldearen biztanleria-bolumenarekin. Izan ere, biztanle-eremu handiek, hala nola Durangaldeak edo Bilbo Handiak beste unitate medikalizatu bat behar dute.

Emergentzien asistentzia ez dago bere unerik onenean. Azpikontratekin izandako etengabeko arazok nabarmen murriztu dute zerbitzua, eta, aldi berean, prekarizatu egin ditu langileak. Era berean, asistentziarik gabeko anbulantziek ez dituzte herritarren beharrak asetzen, onartezinak diren atzerapenak baitituzte.

Egun, gure sistemari gutxien zaindutako arloetako bat da errekonstruzio funtzionala. Fisioterapiako, podologiako, terapia okupazionalako eta logopediako langileak argiki gutxiegi dira. Gainera, logopedia eta fisioterapia, ospitale-eremuan eta desgaitasun handiak dituzten pazienteetan zentratzen dira.

Profesionalen gabezia horrek handitu egiten du galdutako lanorduen kopurua, gastu eta ahalegin sanitarioa handituz. Baina, beste ezeren gainera, nabarmen murrizten du pertsonen bizi-kalitatea. Era berean, profesional horiek LMAko lantaldean sartzeak eta osasuna sustatzeko planetan esku hartzeko aukerak potentzialtasun handia du presio asistentziala murrizteko, biztanleriaren osasuna handitzen baita.

Aipamen berezia merezi du Etxeko Ospitalizazioko zerbitzuak, etxean ospitaleratzeko aukera bezala ulertu behar dena, baina betiere baldintza jakin batzuk betetzean. Pandemiaren fase gogorrean bere aukera anitzak erakutsi zituen. Zerbitzu hori bultzatu eta indartzeak gure ospitaleetako presio asistentziala murrizten lagundu behar du, bai eta erabiltzaileei ematen zaien arretaren kalitatea hobetzen ere. Beste asistentzia-arlo batzuekin koordinatuta (Zainketa Aringarriak, Barne medikuntza edo Kirurgia-Eremuak), bai eta Lehen Mailako Arretako taldeekin ere, ezin da zalantzan jarri Osasun Komunitarioaren kontzeptua bultzatzeko duen ahalmena.

Amaitzeko, ezin dugu aipatu gabe utzi osasun publikoaren arloan dagoen gabezia handia, Laneko Osasuna.

Izan ere, lan-baldintza guztiak (lan-tipologia, kargen banaketa, lan-erritmoak, arrisku fisiko eta psikosozialak, prekarietatea, azpikontratazioa, etab.) osasunaren funtsezko baldintzatzaile sozialetako bat dira, eta, horregatik, enpresa pribatuek, indarrean dagoen legeriak indartuta, ez dute zalantzarik egiten negozio-nitxo hori aprobetxatzeko orduan. Langileen osasuna Mutua Pribatuen esku dago, eta horiek, langile klasearen osasunaren kontura, etekinak maximizatzea baino ez dute bilatzen.

Argi dago laneko osasuna ez dela errentagarria patronalarentzat, eta osasunaren arreta zein prebentzioa ikuspegi merkantilistatik garatzen ari dira. Neurri egokiak hartuko balira, langileok ez genuke lanean gaixotu edo hil beharko, baina patronalari errentagarriagoa zaio gaixotasunak eta heriotzak bere gain hartzea, erdigunean prebentzio-neurri egokiak eta laneko osasuna jarriko dituen eredu bat garatzea baizik.

2023ko lan-istripuen datuek goranzko joera erakusten dute azken urteetan. Ez da neurri eraginkorrik hartu istripuak saihesteko, eta, beraz, aurreko urteetako joerari eutsi zaio. Sektore jakin batzuetan errazagoa da istripu larriak edo hilgarriak izatea, hala nola basogintzan, eraikuntzan, garraioan, industrian, etab.

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) aurreko urtean baino gaixotasun profesional gehiago aitortu dira 2023an, baina mutuek egiten duten azpierregetroa iruzur-ariketa lotsagarria da oraindik ere. Osasunaren Mundu Erakundearen arabera, minbizi guztien % 30 eta % 40 artean lanak erasango luke, baina Euskal Herrian gutxi batzuk baino ez dira aitortuak. Amiantoak gaixotutako langileen errekonozimendu nekeza askotan hil ondoren iristen da. Zer esan sektore feminizatuei nabarmen eragiten dieten jatorri psikosozialeko arazoei buruz. Gaitz horiek ez dira laneko gaixotasuntzat hartzen.

Lanak eragindako muskulu-hezurretako gaixotasun gehienak, sektore feminizatueta eragin handiena dutenak, enpresen erantzukizuna saihesteko kontingentzia arrunt gisa izendatzen dira. Gaixotasun profesionalak ikusezintasunik handienara kondenatuta daude oraindik, are gehiago emakumeen kasuan. Lanbide batzuek hil egiten dute, eta beste batzuek ez dute bizitzen uzten.

Emakumeen lanaldi bikoitzak zuzeneko eragina du laneko osasunean. Emakumeak dira etxeko ardurez eta zainketez neurri handiagan arduratzen direnak, eta hortaz enplegua izateaz gain, lanaldi bikoitzera kondenatzen dituzte. Presioak eta estresak osasuna galtzea dakarte, eta muskulu-hezurretako arazoak ere nabarmen handitzen dira kasu horietan. Hamar urtean, emakumeen artean, gaixotasun profesionalak % 44 handitu dira, baina badakigu askoz gehiago direla aitortu gabekoak.

Horri lan-istripu hilgarriak gehitu behar zaizkio. 2023an 59 pertsona izan ziren. 38 hildako EAEn, 12 Nafarroan, 5 Iparraldean eta, azkenik, 4 euskal langile zendu ziren atzerrian. Aurten 41 pertsona hil dira Euskal Herrian lan-istripuetan. ESKn jakin nahiko genuke zer neurri hartuko zituzkeen Eusko Jaurlaritzak hildako horiek patronaleko kide izan balira.

Langile-klasearen eta osasun-sistema publikoaren aurkako azken mehatxua Lan Istripuen Mutualitateen Elkartek (AMAT) egindako proposamena da, eta Espainiako Estatuan enpresa-erakunde eta sindikatu nagusiek 2023ko maiatzean sinatutako “Enpleguaren eta Negoziazio Kolektiboaren aldeko V. Akordioan” (V-AENC) jaso zen lehen aldiz. Bertan, itxaron-zerrenda luzeen eta ustezko lan-absentismo handiaren aitzakiarekin, langile, soldatapeko eta autonomo guztien jatorri komuneko kalte osteomuskularren osasun-arreta gizarte-segurantzarekin elkarlanean diharduten mutuetan egingo dela bultzatzeko konpromisoa hartu zuten. Eskatutako proba diagnostikoak eta tratamenduak Osakidetzari fakturatuko zaizkio. Horrela, bi osasun-sistema eratzen dira, bat biztanleria aktiboaren aldi baterako ezintasunaren kasuan alta medikoa bizkortzeko beharrezkoak diren baliabide guztiekin, eta bestea deskapitalizatua, gainerako biztanleentzat.

## **PROPOSAMENAK**

20. Oinarrizko Osasun Eremu bakoitzeko zerbitzu-zorroa zabaltzea, honako lanbide hauetara: farmazia komunitarioa, ortoprotesia, dietetika eta nutrizioa, psikologia, podologia, fisioterapia, odontologia eta gizarte-lana.
21. Lehen mailako arretako taldearen barruan egongo den farmazeutiko anbulatorioaren figura sortzea.
22. Farmaindustriako saltzaileak Osakidetzako zentro publikoetan sartzea debekatzea, zentroko zuzendaritzak berariaz gonbidatzen ez badu (prestakuntza- edo kontsulta-lanetarako, eta ez merkataritzarako).
23. Jagoletza, zaintza eta kudeaketa publikoa duen biztanleria osoaren historia klinikoen erregistro zentralizatua sortzea. Erregistro horretan, osasun-profesional tituludun guztiek beren jarduerak idazteko betebeharra izango dute, eta pazientearen segurtasun kliniko asistentzialerako egokia den informazioa kontsultatu ahal izango dute.
24. Datu soziosanitarioak historia klinikoetan sartzea.
25. LMAn burokrazia nabarmen murrizteko plana, medikuen erantzukizunen artean administrazio-prozesuak ezabatuz (mediku-ziurtagiriak, egun bateko edo biko lan-bajak, etab.). Izapide burokratiko horietako asko eskatutako dokumentua ematen duten aplikazio informatikoetan estandarizatu daitezke, profesional sanitarioaren esku-hartzearen beharrik gabe.
26. Arreta espezializatuak LMAra bideratzen dituen probak eta izapideak berrikustea.

27. Telefono bidezko kontsultak nabarmen murriztea eta arrazionalizatzea, denbora hori aurrez aurreko kontsultetarako erabiliz.
28. Lehen Mailako Arretako Giza Baliabideen Plan berezia, osasun-profesionalek talde asistentzial berberetan denboran irautea sustatzeko, eta baita profesionalak fidelizatzeke eta erakartzeko lan-, ikasketa-, prestakuntza- eta ekonomia-pizgarrien plan bat ere.
29. LMA eta Osasun Mentaleko Sarearen arteko kontsulta-artekariaren figura sortzea, eskari guztia bildu, baloratu eta iragazteko, osasun mentaleko zerbitzuetan onarpen-irizpideak bateratzeko.
30. LMAk eskatutako arloetan baterako prestakuntzari ekitea, BAMEn eta Familia eta Komunitateko Medikuntzaren prestakuntza aprobetxatuz
31. Programa Psikosoziala ezartzea langile espezifikoekin, LMArekin bere jarduera-mailan ezartzen hasteko aukera baloratzuz, gizarte- eta udal-eremuko baliabide komunitarioekin lan eginez eta hirugarren sektorea inplikatzuz.
32. Osasun-langileen osasun mentala artatzea eta zaintzea berariazko programen bidez, POU-Laneko Osasuna unitatearekin koordinatuta.
33. Egungo EAGk ezabatzea eta LMALZengatik ordezkatzeta, premia asistentzialei egokitutako baliabideak izango dituztenak.
34. LMALZ – Ospitaleko larrialdiak – Emergentziak zerbitzuen arteko koordinazio integrala.
35. Bizkaian BEAm unitate bi sortzea, bata Bilbo Handian eta bestea Durangaldean.
36. Larrialdietako Garraio Sanitarioaren Sarea (LGSS) eta Larrialdietakoa ez den Garraio Sanitarioaren Sarea osorik argitaratzea, lanposturik galdu gabe.
37. Osasun-arretako prestakuntza integraleko planak langile guztientzat, genero ikuspegia txertatuta.
38. Praktika asistentzialeko gidien eta protokolo asistentzialen genero-auditoria.
39. Genero-eragina nahitaez sartzea gerentziek hartzen dituzten neurri guztietan, bai eta dirulaguntza publikoak jasotzen dituzten ikerketa sanitario, farmakologiko eta biomediko guztietan ere.
40. Indarkeria obstetrikoren aurkako plan integrala.
41. Kirurgien autokontzertazioa (peonadak) kentzea eta arratsaldeko txanda kirurgia- eta erradiologia-eremu osoan txertatzea, baita eremu horiek behar bezala funtzionatzeko behar diren profesional guztiak ere (laborategia, anatomia patologikoa, odolbankua, etab.)
42. Fisioterapia, logopedia, podologia eta terapia okupazionalerako langile gehiago egotea.

- 43.** Diziplina anitzeko Eskola Osasuneko Taldeak sortzea, pediatrek, erizainek, administrariak, arreta-arloan dauden ikastetxeetako arduradunek eta IGEetako ordezkariak bat egin dezaten.
- 44.** Diziplina anitzeko Etxeko Ospitalizazioko Taldeak sortzea. Talde horiek ospitaleko eta LMAko medikuek eta erizainek osatuko dituzte, bai eta psikologoek, fisioterapeutek, gizarte-langileek eta administrazio-arloko profesionalek ere.
- 45.** Laneko Osasunaren arreta Osakidetzan integratzea; mutuen giza baliabideak eta baliabide materialak Osakidetzan xurgatuz.

## 5. ARLO SOZIOSANITARIOA

### DIAGNOSTIKOA

Gero eta beharrezkoagoa da begirada zabala eta berritzailea izatea ditugun erronkei aurre egiteko: biztanleriaren zahartzea, patologia kronikoen gorakada, desgaitasunari arreta ematea, garapen ekonomikoaren eta horren ondorioak direla eta gure gizarteak asko konplexuagoak izatea, etab.

Horrela, bada, arlo soziosanitarioak eta osasun-arloak bat egin behar dute, eta txanpon beraren bi aurpegi gisa ulertu behar ditugu, bata bestearen eskutik beti. Modu koordinatuan lan egiteaz gain, etengabeko atzeraelikaduran bestearen jarraipen gisa hartu behar dira.

Adinekoentzako egoitzak benetako arazo bihurtu dira familientzat, plaza publiko gutxi dardelako eta pribatuek kostu handia eragiten dutelako. Horrek esan nahi du pertsona askok familia-inguruneetan jarraitzen dutela, baina familiek ezin dituzte adineko pertsona horien zaintza-premiak ase. Era berean, kultura heteropatriarkalak emakumeek zaintza lan horiek beren gain hartzea eragiten du, eta horrek haien osasuna eta bizi-kalitatea murrizten ditu.

Bestalde, egoitzen sare pribatuak laguntza publikoaren defizit horretatik etekin handiak lortzen ditu. Langileen (gehienak emakumeak) prekarizaziotik, dirulaguntza publikoetatik eta asistentzia sanitarioa ahalik eta gehien aurreztetik ateratzen dituzten onurak. Ohikoen da erizaintzako, EZLTko eta medikuntzako langilerik ez egotea, eta horiek kualifikaziorik gabeko langileekin eta ospitale-deribazioekin ordeztzen dituzte.

Era berean, eta baliabide espezializaturik ez dagoenez, modulu berean sartzen dituzte urritasun fisikoak, kognitiboak, intelektualak dituzten pertsonak eta adinekoak. Enpresa-onuraren aldeko totum revolutum horrek eragotzi egiten du arreta egokia eta pertsona horiek dituzten gaitasunez bete-betean gozatzea.

Gainera, beharrezkoa da desgaitasun intelektuala duten pertsonentzako zerbitzu espezializatuak handitzea, eta horiek mailaka egokitzea (tutoretzapeko etxebizitzak, zentro gidatuak, egoitzak, etab.) eta adinekoentzako zerbitzuetatik bereiztea. Komunitatean integratzea, ahalik eta independentzia handiena izatea eta, ahal izanez gero, lana lortzea ahalbidetzen duten lekuak izan behar dira.

Bistan da zaintza lan informalek porrot egiten dutenean edo nahikoa ez direnean hasten dela asistentzia sanitario eta soziosanitario formala. Era berean, sistema heteropatriarkal nagusia zaintza lan informalez baliatzen da, ez bakarrik osasun-helburuak eta helburu soziosanitarioak lortzeko, baita asistentzia-maila horretan behar beste ez inbertitzeko ere, emakumeen lan-baldintzak eta bizitza prekarizatuz.

Laburbilduz, zaintza-sistemaren oinarria ikusezin bihurtutako zaintza lanen sarea da, eta horiek gabe denak porrot egingo luke. Sare hori ez da ezerezetik sortu; batez ere emakumeek jasaten dituzten ordaindu gabeko lanorduak daude atzean, eta osasun fisikoa, ekonomia eta gaitasun soziopolitikoak murrizten ditu.

Beraz, ezin dugu pentsatu nola hobetu osasun-sistema edo sistema soziosanitarioa emakumeen zaintza lanen kontura, zaintza-sare horri balioa handitzearen garrantzia kontuan hartu gabe.

## **PROPOSAMENAK**

- 46.** Gizarte-zerbitzuetako eta osasun-zerbitzuetako sailen arteko konbergentzia eta koordinaziorako plana.
- 47.** Adinekoen egoitzak publiko egiteko plana. Adinekoen egoitzetako plaza publikoen kopurua nabarmen handitzea, eskaria bete arte.
- 48.** Adinekoentzako egonaldi laburreko plazak azpikontratatzeari uztea.
- 49.** Zaintzarako eskubide unibertsala kontzeptualizatzea ahalbidetuko duen lege-esparrua sortzea. Genero-ikuspegia duten politika aktiboak zaintza lanen eremuan.
- 50.** Zaintza lanetarako udal-enpresak garatzea (kudeaketa publiko zuzena), udalerrri bakoitzaren premia bereziei erantzuteko.

## 6. OSASUN-LANGILEAK

### DIAGNOSTIKOA

Osakidetzak egun duen arazo nagusietako bat kontratazio-eredua da. Hainbat gobernu datuak txikiagotzen saiatu badira ere, aldi baterako kontratazioak oso ohikoak dira; izan ere, kategoria askotan, plaza bat lortzeko esperientzia profesionala erabakigarriagoa da oposizioetan eskuratutako nota baino.

Kontratu publikoen egonkortasun faltaren adibide argia da behin-behineko langile izaten urteak daramatzatenek zenbat kontratu pilatzen dituzten bata bestearen atzetik. Batzuk 300 kontratu baino gehiago izan dituzte bost urtean. Pertsona horiek, bost urtez leku berean lan egin izanagatik, hasiberriak izan dira une oro. Horrek gainerako langileei ere eragiten die: ezin dute euren bizitza planifikatu; errotazioa handitzen da eta ondorioz langile finkoen lan-karga, behin eta berriz irakatsi behar baitiete langile berriei zerbitzu jakin horretan nola jarduten diren; egiturazko arazoak sortzen dituzten eta ekidin daitezken akatsak gertatzen dira; infekzio nosokomialak areagotzen dira; prozesuek eragindako konplikazioak areagotzen dira; material-gastua handitzen da; eraginkortasuna murrizten da eta erantzun-denboraren egiturazko atzerapena sortzen da. Arazo hori bereziki dokumentatuta dago Osakidetzak hartutako Eskuen Higienarako, Zero Pneumonia eta Zero Bakteriemia programen bibliografian.

Gainera, osasun pribatuko lan-hitzarmenak hobetu direnez, behin-behineko profesional horietako askok nahiago dituzte osasun pribatuko kontratuak, orain arte inoiz gertatu ez den bezala. Historian lehen aldiz gertatzen ari da; langileek osasun publikoa helmuga desiragarritzat izaten jarraitzen duten arren, kontratatzeko baldintza materialek bizitza eta lana uztartzeko beste toki atsegingarriagoak bilatzera bultzatzen baitituzte. Adibide bat aski da egoera hori islatzeko: Emergentziak Osakidetzako behin-behineko langileek ez dakite hilaren 25era ze txanda izango dituzten hurrengo hilabetean, kontratua 6 hilean behin berritzen bada ere. Profesional horri berari osasun-sistema pribatuak 2 urteko kontratua eskaintzen dio eta urte osoko txanda-egutegia ematen dio lehen guardiaren egunean.

Langileen funtzioak eta eskumenak (batez ere osasun-langileenak) gure sisteman kronifikatutako beste arazoetako bat dira eta Insaludetik Osakidetzara igaro zenean konpondu ez ziren egiturazko arazoetatik datoz. Medikuntzako langileetan oinarritzen den osasun-egitura dugu, eta erizainek betetzen dituzte gainerako osasun-funtzioak.

Ondorioz, zuzendaritza- eta kudeaketa-lanpostu gehienetan medikuntza arloko profesionalak daude, nahiz eta haien prestakuntza akademikoan osasun-kudeaketa ez izan ikasgai bereziki garrantzitsua, eta medikuntzako eta kirurgiako ezagutzak kudeaketarako funtsezkoak ez izan.

Era berean, erizainek eta erizaintzako laguntzaileek gainerako osasun-funtzioak betetzen dituzte eta, ondorioz, zeregin horietarako hobeto prestatuta egon daitezkeen beste profesional batzuk lekualdarazi. Horrela, erraza da erizainak edo erizaintzako laguntzaileak aurkitzea laborategian (laborategiko teknikaria egon arren), nutrizioan (dietetikako teknikaria

egon arren), farmazian (farmaziako teknikari laguntzailea egon arren) edo erradiologian (erradiodiagnostikoko teknikaria egon arren).

Gainera, egun erizaintzako kanpo-kontsultetan egiten diren lanetako batzuk administrazioko langileek edo laguntzaileek egin litzakete. Bestalde, badaude administrazioko zenbait langile Larrialdiak Koordinatzeko Zentroan edo Lehen Mailako Arretako zentroetan beren eginkizunetatik haragoko zereginak betetzen, esaterako, asistentzia bahetzen edo, okerrago, triajeak egiten.

Funtzioen inguruko arazo horiek guztiek galarazten dute Osakidetzako langile guztiei ahalik eta etekin profesional handiena ateratzea.

Nahiz eta lan-harremanetako sailak behin eta berriz esan profesionalak aurkitzeko zailtasunak dituela (bereziki medikuntzakoak), informazio horrek ez du bat egiten datuekin. Hezkuntza Ministerioaren, Osasun Ministerioaren eta Espainiako Medikuen Elkargoen Erakundearen arabera, historian inoiz ez da egon gaur egun adina mediku profesional. Horrek esan nahi du ez dela aurrerapen nahikoarekin planifikatzen langile horien kontratazioa garai korapilatsuetan prest egoteko (uda eta Gabonak kasu), edo Osakidetzako langileen kontratuak (batez ere LMAkoak) lekuz aldatzen ari direla osasun pribatura edo Osakidetzako beste zerbitzu batzuetara.

Egoera hori bideratzeko, azken urteotan administrazioa saiatu da medikuak ekonomikoki motibatzen, arazo horiek autokontzertazioen edo pizgarrien bidez arintzeko.

Aurreikus zitekeen bezala, konponbideak ez du luzaroan iraun. Horrek erakusten du sako-neko arazoa ez dela ekonomikoa eta konponbidea ezin dela bideratu dirua sartzera kontratazio-baldintza materialak aldatu gabe. Gainera, autoitunketak laneko nekea baino ez du areagotzen, lanaldia luzatzen duelako eta atsedeen-orduak murriztu. Horrela, arretaren eraginkortasuna gutxitzen da, epe luzeko kostuak handitu, osasun emaitzak okertu eta asistentzia-kalitatea murriztu.

Hala, pentsatzekoa da zirkuitu pribatua medikuak kentzen ari zaizkiola sektore publikoari. Alde batetik, lan-egonkortasun ezagatik eta plangintza-arazoengatik, eta, bestetik, hazkunde profesionalerako perspektiba faltagatik. Merezi du azken horretan gelditzea.

Unitateetako buruek zerbitzuen kontrol handia egiten dutenez, profesional gehienek onartzen dute soilik gaindituko dutela oposizio bat haien zerbitzuburuak ontzat ematen duenean (gogora ekar dezagun ESK-k agerian utzitako oposizioetako ustelkeria), eta ikertzeko edo azpi-espezializatzeko aukerak baldintzatuago egongo direla barne-burokraziaren irizpide arbitrarioengatik gaitasun eta trebetasun pertsonalengatik baino. Osasun pribatuak probetxua ateratzen dio egoera horri; gainera, unibertsitatearekin elkarlanean talentua erakartzeko ekimenak garatzen ari da, bereziki profesional gazteak erakartzekoak. Horiek guztiak kontuan hartuta, gaur egun profesional askorentzat osasun pribatua publikoa baino

erakargarriagoa da, laneko egonkortasuna, ekonomikoa eta garapen profesionala lortzeko biderik zuzenena iruditzen baitzaie.

Hala ere, profesionaleri lotuta dugun arazorik larriena erizaintzan gertatzen da. Argi eta garbi gaude ELGAko eta EBko kideen 100.000 biztanleko erizainen batez bestekoaren azpitik, eta hori ez dator bat gure BPGarekin. Urte askoan, EAEko osasun publikoaren batez bestekoa handiagoa izan da Espainiako estatuko beste autonomia-erkidego betzuenaren aldean, neurri batean soldata handiagoak izateari eta erkidego batzuetako langabezia-tasari esker. Hala ere, migrazio-dinamika hori jada ez da iragan hamarkadetakoa bezain indartsua, batez ere COVIDaren krisiaz geroztik, eta are nabarmenagoa izaten da udan.

Arazo horren oinarrian daude osasun-zerbitzu pribatuen gorakada, erizain asko Europako beste herrialde batzuetara migratzea, baina, batez ere, sistema osoaren kontratazioaren egiturazko defizit historikoa. Horren ondorio garrantzitsuenak berez urriak diren adinekoen egoitzetan nabari dira, erizainen aurrez aurreko lanorduak gero eta gutxiago baitira.

Egia bada ere azken urteetako datuak itxaropentsuak direla kolegiatuen kopurua sistematikoki hazten ari delako eta lanbidearen batez besteko adina etengabe jaisten, zerbitzu pribatuen gorakada eta osasun publikoko langileen egiturazko defizita mehatxu larriak dira, eta horiei erantzun behar zaie.

Erizaintzako Zainketa Lagungarrietako Teknikariak ikusezin eta zaurgarri bihurtu dituzte. Nabarmentzekoa da kontratazio sistemaren egiturazko defizit historikoaren ondorioz haien asistentzia-ratioak beharko luketenak baino askoz handiagoak direla eta esfortzu fisiko errepikakorren ondorioz laneko bajen indize handia dutela. Horrek erne jarri beharko gintuzke mendetasun maila handiko gaixoeekin lan egitean pairatzen duten lan kargari eta ahalegin fisikoaren inguruan. Gainera, etxex etxeko zaintzan eta mendeko kronikoei laguntza integrala ematean garapen profesionalerako potentzial handia duten kolektiboa dira.

Goi-mailako Teknikari Sanitarioak erakunde publiko osoan okerren zaindutako kolektiboetako bat dira. Biziki garrantzitsuak izan arren, apenas kontratatzen dituzte eta lehia desleiala pairatzen dute zeladoreen, EZLTen eta erizainen partetik. Nahiz eta gure eremuan goi-mailako zikloa ikasi behar duten, EBko herrialde gehienetan unibertsitate gradua egiten dute, eta horrela gaitasun handiak eskuratzen dituzte. Horrek, zalantzarik gabe, langileak askoz modu eraginkorragoan antolatzeke aukera ematen du.

Osakidetzak duen beste arazo historikoetako bat da bertako langileak izan direla osasun pribatuko komertzial nagusiak, zehazki, IMQkoak. Aski ezaguna da profesional askok LMAko kontsultetan zuten autoritate-rola baliatu zutela zerbitzuak beste zirkuitu “azkarrago” batean eskaintzeko. Horrela, publikoan eta pribatuan jardutearen bateragarritasuna normalizatuz joan da, ordutegi-kontrolako politika “bigun” batek lagunduta. Ohikoa da Osakidetzako profesionalak lanetik lehenago ateratzea zirkuitu pribatuan sartzeko, are gehiago, egun berean sektore publikoan eta pribatuan “guardia lokalizatuan” egotea.

Era berean, Osakidetzak “guardien” lan-sistema anakroniko batean oinarritzen jarraitzen du. Guardiaren ereduaren arabera, profesionalak zaintzan egon behar dira, zuzeneko arreta jarraiturik gabe eta, ondorioz, zenbait unetan jarduerarik gabe. Garnizio militarretatik datorren kontzeptu horrek ez du zentzurik ospitaleetako lanean. 17 orduko edo gehiagoko lanaldiak zuzenean lotuta daude profesionalen osasun mentaleko arazoekin eta nahasmen-

du psikosozialekin, eta, gainera, akatsak, egoera kaltegarriak eta asistentzia-kalitate eskasa areagotzen dituzte.

## **PROPOSAMENAK**

- 51.** Behin-behinekoen tasa ahalik eta gehien murriztuko duen oposizio plan estrategikoa.
- 52.** 5 urterik behin nahitaezko EPEak ezarriko dituen legea sortzea.
- 53.** EPEak gehienez 365 eguneko epean ebazteko derrigortasuna.
- 54.** Lehen Mailako Arreta bultzatzeko plana: soldata-pizgarrien bitartez, enpresaren kon-turako prestakuntza- eta curriculum-planen bidez, eta LMAn ikerketa eta irakaskuntza sustatzeko unibertsitatearekin zuzeneko harremanaren bidez.
- 55.** LMAko administrazio-arloetako langileak gaitzea eta aintzatestea. Langile berrientzako benetako prestakuntza. Enpresa pribatuek ematen dituzten hitzorduekin bere-hala amaitzea.
- 56.** Erizaintzako eskaintza akademikoa sustatzea eta kontratazioan BAEEen espezialita-teak bultzatzea.
- 57.** Egungo plantillaren analisia egitea kategorien eta asistentzia-arloen arabera, lan-kar-gak aztertu eta egokitzeko edo, behar izatekotan, handitzeko.
- 58.** Kategorien eta zerbitzuen arabera asistentzia-ratioen helburu estrategikoak ezartzea eta horiek publikoak eta auditatzeko modukoak izatea.
- 59.** Erizainen eta EZLTen kontratazioa handitzea, aurreko puntuarekin bat.
- 60.** Profesional bakoitzak betetzen dituen lanpostuen eta horien gaitasunen auditatzea. Goi-mailako Teknikari Sanitarioak beren gaitasunak erabat garatuko dituzten arloetan sartzea. Gaitasun profesionalak ez zapaltzeko barne-zaintza.
- 61.** Langile guztiek aurrez aurreko lan-ordutegia betetzen dutela zorrotz kontrolatzea.
- 62.** Ospitaleko guardia medikoak kentzea eta goizeko, arratsaldeko eta gaueko txandak egitea, gainerako profesionalek bezala.
- 63.** Osasun-profesional guztien lan-auditoretza egitea, bateraezintasun-legeak zorrotz betetzeko.

# 7. OSAKIDETZAKO ERABILTZAILEAK

## DIAGNOSTIKOA

Oso zaila da inork tresna bat ondo erabiltzea, inork ez badio irakatsi zergatik existitzen den, nola erabiltzen den, noiz, zertarako balio duen, nora jo behar duen erabiltzeko, zeintzuk diren erabilera egokiak eta, batez ere, zein den haren garrantzia. Erraza dirudien arren, ez gara gai izan herritarrei kontu horietako bat bera ere irakasteko. Osakidetzara hurbiltzen direnek prozesu burokratikoak ikasten dituzte eta, hasiera batean langile desberdinengandik jasotzen dituzten erantzunak bat datozen arren, egoera gainbehera joan den heinean erantzun desberdinak jasotzen hasten dira. Horrela ezinezkoa da ezer ikastea.

Erakundearen lehenetsua Osakidetza egoki erabiltzeko osasun-hezkuntza izan behar da. Biztanleek asistentzia-mailak bereizten jakin behar dute. Zalantzak eta hautemandako arazoak konpontzeko erakunde irisgarria izan behar dute eskura, baina, era berean, euren arazoak bide desegokitik ebaztea ezinezkoa suertatu behar zaie, asko tematuagatik ere. Asistentzia-ibilbidea erabiltzailearen irizpideen esku uztea ez da irtenbidea, horrela baliabide gehien kontsumitzen dituzten zerbitzuak gehiegi kargatzen direlako eta arazoa konpontzeko eraginkorrenak direnak gutxiegi erabili.

Beraz, ezinbestekoa da asistentzia-zirkuitu bakar, argi eta sinpleak egotea herritar guztientzat. Era berean, zirkuitu horiek malguak izan behar dute, erabiltzaileek balorazio profesionala jaso ondoren horren arabera zirkuiturik baliagarrienean sar daitezten, ahalik eta lasterren.

Horrez gain, baztertu behar dugu pertsonak asistentzia-prozesuaren subjektu pasiboak garelako ideia, eta prozesu horren ardura hartu behar dugu. Komunitateak ahalik eta osasuntsuen mantentzeko ardura du eta norbanakoak Osakidetzara hurbiltzeko erantzukizuna (baita nola egiten duenarena ere); osasun-laguntzan erantzunkidetasuna gertatzen da Osakidetzako profesionalen eta norbanakoen artean.

Horrek esan nahi du asistentzia-eskaera desegokien erantzukizuna erabiltzaileena dela, ez Osakidetzarena, eta asistentzia sanitarioa jaso bitartean beren kabuz edo laguntzarekin egin ditzaketen zereginen ardura hartu behar dutela.

Profesionalen eta erabiltzaileen arteko harreman-eredua mendekotasun-eredu tradizionaletik utilitaristara igaro da. Eredu tradizionalan profesionalak rol paternalista hartzen zuten; utilitaristan, aldiz, erabiltzaileek eurek eskatzen dituzte haietzako egokienak jotzen dituzten zaintza-lanak eta, ez badaude eskainitakoekin pozik, gatazka sortzen dute edo beren eskaera beteko duen beste profesional batengana jotzen dute<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Kontuan hartu behar da, osasun-langileen asistentzia-kargak eta beren eginkizunak betetzeko duten denborak eragin zuzena dutela erabiltzaileekin duten jarreran. Lan-karga handia dutenean edo denborarik ez dutenean, profesionalak pasiboagoak dira eta errazago ematen dute amore artatzen dituzten erabiltzaileen eskarien aurrean. Era berean, kontsultara arte itzaroteko denbora handitzen denean, pertsonak irmoagoak eta zurrungoak izan ohi dira beren eskakizunetan.

Bi eredu horiek praktika klinikoan arbuigarriak diren ondorioak eragiten dituzte. Lehenak soilik funtzionatzen du erabiltzailea erabat pasiboa eta profesionalaren autoritate-rolaren mendekoa denean. Emaidza kliniko onargarriak ematen dituen arren, asistentzia-eskari indize oso altuak sortzen ditu eta, horrek, aski ezagunak diren arazoak sortzen ditu. Gainera, harreman-formula horrek funtzionatzen ez duenetan, erabiltzaileek atzera egiteko joera dute eta horrek etorkizunean osasun-arazo larriagoak sortzen ditu.

Bigarren ereduak, gaur egun nagusia denak, soilik “funtzionatzen” du profesionala erabiltzailearen eskatzaile-rolarekiko eta haren eskaerekiko erabat pasiboa eta adeitsua denean. Gogobetetze-maila handia eta asistentzia-kalitate indize txikiak eragiten ditu, eta horri lotutako gastu neurrigabea. Formula arriskutsua da, asistentzian arbuigarriak eta kaltegarriak diren ondorioak eragiten baititu. Harreman horrek funtzionatzen ez duenetan, erabiltzaileek eskaria modu esponontzialean handitzeko joera dute, gainerako asistentzia-mailetara joz, beren eskaera ase arte.

Ikus daitekeen modura, bi ereduak asistentzia-eskari tasa handiak eragiten dituzte. Eurostaten datuek urtero adierazten dute Espainiako Estatu mediku kontsulta gehien egiten dituen herrialdeetako bat dela. Maila klinikoan, bi ereduak kaltegarriak dira osasunaren prebentzioan eta sustapenean, eta arazoak sortzen dituzte ohiko funtzionamenduan. Gainera, eredu utilitaristak arriskuak eragiten ditu osasun-hezkuntzan, eta horrek eragina du herritarrek osasun-sistemaren inguruan duten iritzian.

Osasun-kudeatzaileek bultzatutako eta sustatutako eredu utilitaristak (“erabiltzaileak” beharrean “bezeroak” hartzen dituen kontuan), herritarren heziketan zimentu bat ezartzen du, gure osasun-sistemen inguruko ikuskera okerra bultzatzen duena.

Ikusmolde oker hori indibidualismo sakonetik abiatzen da, non norbanakoek behar adina baliabide (edo ahal dituzten guztiak) kontsumitzen dituzten beren eskariak ase arte (eskariak errealak edo irudimenezkoak izan, benetako beharrei egokituak zein neurri kanpokoak). Zenbaitetan, eskaerak ez dira egokitzen benetako beharretara edo behar horiek osasunetik haragoko gabeziak ezkutatzeko dituzte eta, ondorioz, gelditzen oso zaila den osasun-sistemaren kontsumo-hazkundera ematen da. Areago, eredu horretarako sortu ez zen estaldura unibertsaleko sistema publikoan.

Eredu horren ezarpena sustatu duen sektore ideologikoak proposatutako formula nagusietako bat kontsumo horri mugak jartzean datza, koordainketen edo murrizketa ekonomikoko formulen bidez. Hala ere, eredu horiek ezarri dituzten herrialdeetan egindako ikerketek horien benetako ezintasuna nabarmendu dute. Alde batetik, gastu horiek beren gain har ditzaketenek neurria ezarri aurretik baino baliabide gehiago erabiltzen dituzte (segur aski, profesionalek murrizketak lasaitzen dituztelako), eta ordainketa horiei aurre egin ezin dietenek osasun-sistemara jotzea atzeratzen dute osasun-premia oso larriak izan arte, hasieran artatuak izan balira baino kostu handiagoak eraginda.

Argia dirudien gauza bakarra da eredu utilitarista ekonomikoki sostengaezina dela edozein sistemarentzat, kontsumismoak ez baitu lekurik eredu unibertsalean. Era berean, ez da onuragarria sistemarako sarbide murriztailea izatea, epe luzeko kostuen igoera dakarrelako, bai kontsumismoagatik, bai erraz konpon litezkeen patologien konplikazioengatik. Beraz, edozein sistema publiko kudeatzeko lehentasunetako bat eredu horrekin amaitzea da.

## **PROPOSAMENAK**

- 64.** Osasun-arretako ibilbide bakarrak ezartzea, arreta klinikoa asistentzia-maila egokira bideratzeko, erabilgarritasuna eta beharrezkotasuna kontuan hartuta.
- 65.** Asistentzia-premia bakoitzari lotutako erabilera egoki eta doituari buruzko sentibilizazio eta herritar-heziketa plana egitea, asistentzia-maila guztietan eta lurraldean presentzia handiena duten ama-hizkuntzetan.
- 66.** Derrigorrezko irakaskuntzan Osakidetza zer den, zertarako balio duen, nola erabiltzen den, non dagoen, gizarteari zer ematen dion eta nola finantzatzen den irakasteko mintegiak egitea.
- 67.** Ospitaleko anbulatorioko larrialdi arinetan arreta gutxitzeko planak ezartzea, ospitaleko triajetik zuzenean LMAko kontsultara edo LMAko larrialdietara bideratzeko.
- 68.** LMAren erabiltzaile bakoitzeko gutxieneko asistentzia-denborak ezartzea (10 minutu, batez beste).
- 69.** Asistentzia-mailak egoki erabiltzeko protokoloak egitea zerbitzuen erabilera arrazionalaren kultura sustatzeko: erabiltzaile bat dagokion asistentzia-maila baino altuago batera badoa maila txikiagoan eta konplikazio klinikorik gabe artatua izan daitekeen arazo bat konpontzeko, arriskurik ez dagoela ziurtatu ondoren dagokion mailara bideratzea eskaera konpondu gabe.
- 70.** Sendagaien zentzuzko erabilera sustatzeko plana sortzea. Farmakologia-preskripzioak dosi doituarekin ematea, farmaziek beharrezko sendagaiak baino ez ditzaten eman.
- 71.** Laguntza-eskaera beragatik kontsulta bat baino gehiago egitea saihesteko plana ezartzea. (Erabiltzailea ezin dadila larrialdietako kontsultara joan ez badago pozik LMAren, EAGn eta abarretan egindako kontsultaren emaitzarekin). Bigarren iritzi medikoa eskatzeko protokoloaren erabilera sustatzea.
- 72.** Defentsa-medikuntzaren aurkako plan integrala osatzea. Irudi- eta laborategi-probak zentzuz erabiltzeko plana egitea. Medikuntzako kontsulta arinduko duen diziplinarteko kontsultak sustatzea LMAren barruan.

## 8. OSASUN-EZAGUTZA

### DIAGNOSTIKOA

Gaur egun, osasun-praxia egituratzen duen ezagutza guztia hainbat interes-gatazkek zeharkatzen dute: erakunde pribatuek (farmazia-industriakoak zein nazioarteko fundazio pribatuak) ikerketak finantzatzea, aldizkari zientifikoek interes komertzialak, eta industria pribatu ahaltsuak dituzten eta adostasun-gidak zein gomendioak idazten dituzten lanbide-elkarteak.

Bestalde, katedradunak eta ikertzaileak sinposio eta kongresuetan parte hartzera gonbidatu ohi dituzte eta, horrela, haien curriculum akademikoa handitzen dute. Interes pribatuak dituzten erakundeek antolatzen dituzte horiek, normalean farmazia-industriakoak eta inbertsio-funtsak. Ondoren, ezagutza zientifiko hori hainbat osasun-industriako komertzialen bidez iristen da profesionalengana: eurek antolatutako kongresuen ondorioak azaltzen dituzte edo, zuzenean, profesional horiek kongresu horietara bidaltzearen kostua ordaintzen dute.

Dinamika horiek gure osasun-sistemaren funtzionamendu zientifiko egokia eragozten dute. Kontua ez da industria farmazeutikoaren interesak deabrutzea, baizik eta profesionalak, eta, ondorioz, herritarrak, haien gehiegikerietatik babestea. Horretarako, profesionalak aukera izan behar dute interes-gatazkarik gabeko graduondoko prestakuntzak jasotzeko. Horiek publikoak, egiaztagarriak eta gardenak izan behar dute. Era berean, oposizioetan eta ibilbide profesionalen lortutako puntuazioak ezin du Osakidetzaren benetako interesetatik kanpo dagoen negozio-ziklo hori elikatu.

Halaber, gida eta protokolo asistentzialak ikuskatuko dituen erakunde bat behar da, ebidentzia zientifikora egokitu daitezen. Industriak ziurtatzen dituen sendagaien eraginkortasuna errealitatearekin bat datorren egiaztatzeko oinarrizko saiakuntza klinikoak egin beharko lituzke. Gainera, osasun-arloko genero-arrakala arintzeko laguntza-prozedurak genero-ikuspegiarekin berrikusteko ahalmena izan beharko luke.

### PROPOSAMENAK

73. Osakidetzak zuzenean diruz lagundutako prestakuntza-ibilbide bat sortzea osasun publikoko profesionalen zuzenduta, interes-gatazkek dituzten prestakuntzak saihesteko.
74. Kongresu eta graduondoko prestakuntza publikoak sustatzea, gainerako autonomia-erkidegotako osasun-sistema publikoekin eta unibertsitate publikoekin lankidetzak-akordioen bidez.

- 75.** Osakidetzako sare osoan “mediku-bisitariei” sarrera debekatzea, zerbitzu-zuzendaritzak berariaz eta ondo arrazoituta eskatu hala eskatzen ez badu.
- 76.** Farmazia-industriek eta sindikatuak finantzaturako prestakuntzetatik lortutako puntuak kentzea EPEetatik eta karrera profesionaletatik.
- 77.** BIOEFen laguntza protokoloak eta gidak ikuskatuko dituen arlo bat ezartzea, ebidentzia zientifikoarekin bat datozela egiaztatzeko eta material, sendagai eta teknologia berrien erosketen egokitasuna aztertzeko, interes-gatazkarik gabeko eraginkortasun klinikoko irizpideekin.
- 78.** BIOEFen genero-ikuspegia duten asistentzia-protokoloak eta praktika klinikoko gidak berrikusiko dituen arlo bat ezartzea, osasun-arloko genero-arrakala murrizteko.

## 9. OSASUN INDUSTRIA PUBLIKOA

### DIAGNOSTIKOA

Pandemiak osasun-sistema guztiak duten ahultasuna erakutsi zuen, osasun-industriarekiko duen mendekotasun maila handia dela-eta. Osasun industriarik gabe, edo merkatuan gora-behera handiak izanik, osasun-arreta estutasunean jartzen da. Argi eta garbi ikusi dugu hori sendagai batzuekin izandako hornidura-arazoekin. Era berean, medikuek agintzen dituzten eta ohikoan erabiltzen diren sendagai gehienek ez dute patenterik, eta, beraz, edozein laborategik fabrikatu ditzake. Bestalde, OMEren zerrendan jasotako funtsezko sendagai gehienek ez dute patenterik, edo, egungo nazioarteko legeak aplikatuz gero, patentea ken lekieke interes orokorragatik.

Baina, osasun-sistema ez da medikazioetatik bakarrik bizi: osasun tresneriak, gasak, aposituak, gailu kirurgikoak, protesiak, ortesiak, osasun material suntsikorra eta abar ere behar ditu. Guztiak dira ezinbestekoak osasun-laguntza egokia bermatzeko, eta osasuna lehen mailako lehentasun bihurtzen den egoeren aurrean nola erantzuten duen erakutsi duen merkatu baten zoriaren mende daude.

Bestalde, osasun-arloko berrikuntzak ezin dira osasun-industriaren merkataritza-premien mende egon, herritarren osasun-premien zerbitzura baizik. BIOEFen memoria ikusiz gero, agerian geratzen da gutxienez 2023ko finantzaketaren % 38 akordioetatik, dohaintzetatik eta bestelako finantzataile pribatuetatik etorri zela, eta saiakuntza klinikoaren % 78 farmazia-industriak sustatu zuela; hau da, % 22ak soilik zuen merkataritza-asmorik gabeko sustatzaile bat. Zilegi al da diru publikoa eta unibertsitate publikoak sortutako ezagutza farmazia-industria pribatuko makineria komertziala indartzeko erabiltzea?

Izan ere, osasun-arloko euskal ikerketa-sarea ezin da biztanleriaren osasun-interesak zainduko dituen abangoardia zientifikoa izan, merkataritza-interesak dituen industriarekin eta errentagarritasun ekonomikoa osasunaren gainetik jartzen duten inbertsio-funtsekin.

### PROPOSAMENAK

79. Osasun industria publikoa sortzea, pixkanaka Osakidetza behar dituen materialak emateko gai izango dena eta nazioarteko osasun merkatuarekiko mendekotasuna txikitzen lagunduko diona.
80. Sendagaien Euskal Agentzia sortzea. Agentzia horrek OMEk funtsezkotzat jotzen dituen botikak ekoitzi eta banatuko lituzke, bai eta hemoderibatuak eta plasma ere.
81. BIOEFek, osasun industria publikoan oinarrituta, bere ikerketetan merkataritza-interesak alde batera uzteko plana ezartzea..



# BEHAR DUGUN OSAKIDETZA



**9 ardatz eta 81 proposamen**

## **GIPUZKOA**

### **Donostia**

943 456 911

Zorroaga Pasealekua, 17 behe

20011 Donostia

[gipuzkoa@esk.eus](mailto:gipuzkoa@esk.eus)

### **Bergara**

943 761 365

Fraiskozuri plaza 5, behe

20570 Bergara

[bergara@esk.eus](mailto:bergara@esk.eus)

## **NAFARROA**

### **Iruñea**

948 224 124

Emiliana Zubeldia 5, behe

31014 Iruñea

[nafarroa@esk.eus](mailto:nafarroa@esk.eus)

## **ARABA**

### **Gasteiz**

945 214 888

Beethoven 10 behe

01012 Vitoria-Gasteiz

[araba@esk.eus](mailto:araba@esk.eus)

## **BIZKAIA**

### **Bilbo-Bilbao**

944 101 425

Gral. Concha 12, 1. ezker

48008 Bilbo

[bizkaia@esk.eus](mailto:bizkaia@esk.eus)

# esk

sindikatu

[esk.eus](http://esk.eus)