

LAB



Asistentzia-taldeen Ratioen Antolamendurako Legea

lorea

Ley de Ordenación de Ratios de Equipos Asistenciales



LAB





LOREA: Ley de Ordenación de Ratios de Equipos Asistenciales

EPAS: Equipos Pluridisciplinarios de Asistencia Sanitaria

LEY DE PLANTILLA SEGURA. Una Ley de ratios de profesionales para los equipos de la asistencia sanitaria, como garantía del empleo digno y la calidad asistencial.

Con este documento queremos explicar en qué consiste una ley de ratios para atención sanitaria. Sería una ley pionera que asegurara la calidad de los servicios públicos más allá de intereses políticos, económicos o de otra índole.

Se trata de legislar el número de profesionales sanitarios y no sanitarios adecuado para proporcionar una asistencia sanitaria integral a la población. Un criterio fijo de cobertura de personal. La ley regularía toda la sanidad, ya sea pública o privada, ninguna entidad sanitaria podría realizar su labor sin respetarla. Los criterios técnicos asistenciales que la guían han de respetarse y quien la inflija estaría realizando una labor asistencial sin estándares correctos de calidad.

Esto es, en cualquier especialidad o servicio concreto se debe especificar cuánto personal facultativo, de enfermería, administrativo, celador, de limpieza, de mantenimiento, informático... es adecuado en función de la cantidad y tipo de población que atiende y de los servicios que realice.

Con esta ley conseguiríamos:

- 1.- Asegurar la atención independientemente de criterios políticos, estacionales u organizativos, garantizando equidad en la atención sanitaria.
- 2.- Disminuir la mortalidad de la población.
- 3.- Aumentar la calidad real frente a la calidad percibida.
- 4.- Eficiencia en los cuidados por disminución de fallos en la atención y disminución de Burn-Out entre profesionales.
- 5.- Asegurar la estabilidad de la plantilla, acabando con la alta temporalidad y la contratación precaria.
- 6.- Establecer un reparto equitativo de las cargas de trabajo.
- 7.- Establecer la creación de los Equipos Pluridisciplinarios de Atención Sanitaria (E.P.A.S) fijando ratios mínimas de personal.



I Motivación

Tanto en Osasunbidea como en Osakidetza, tras décadas de prestación del servicio asistencial, nunca se han planteado establecer cuáles serían los ratios o proporcionalidad de profesionales por paciente deseables para dar una asistencia de calidad en condiciones laborales dignas.

En LAB creemos que es hora de abordar la cuestión, es hora de establecer unas ratios asistenciales fijadas de manera normativa. Con un doble objetivo fundamental: la asistencia de calidad y el empleo digno y estable.

Al abordar el estudio de ratios, encontramos una carencia de normativa reguladora al respecto a escala internacional, a pesar de ser una de las piedras angulares de la atención sanitaria (unas ratios bajas en la atención sanitaria suponen un aumento de la mortalidad).

Esto es indicativo de una situación global de desconsideración hacia la actividad de los y las profesionales sanitarias por parte de las administraciones a nivel mundial. Únicamente el estado de California en América, Australia en Oceanía o el Reino Unido en Europa han legislado en torno a ratios asistenciales, más concretamente de enfermería o equipos de enfermería. Cada uno de estos casos tiene su propia idiosincrasia y responde a sus necesidades específicas.

II Reordenación de profesionales y nueva estructura orgánica

No se trata solo de una cuestión numérica o cuantitativa (número de profesionales por paciente o actividad), sino también cualitativa. Planteamos una revisión y transformación del modelo organizativo de la prestación del servicio: asistencial y de la actividad de apoyo asistencial.

Una Ley de ratios de profesionales para los equipos de la asistencia sanitaria, como garantía del empleo digno y la calidad asistencial.

Es necesario que esta ley proporcione ratios numéricas mínimas de profesionales teniendo como referente los Equipos Pluridisciplinares, que deben estar formados por todas las categorías profesionales, sanitarias y no sanitarias, necesarias para dar un cuidado integral.

Las ratios se tienen que fijar aplicando proporcionalidad entre los distintos colectivos, evitando criterios corporativos y falta de equidad. Al basarse en los equipos y no en las profesiones, evitaríamos que su establecimiento para un solo colectivo profesional supusiera el recorte en el resto.

La elaboración, aprobación y aplicación de esta Ley harían de Osakidetza y Osasunbidea unos servicios públicos, punteros y de calidad. Ello indicaría que el gobierno trabaja en favor de la calidad en la atención y con una visión de futuro alejada de criterios económicos cortoplacistas.



III LOREA y EPAS herramientas para el cambio de modelo

Tanto en el ámbito hospitalario como de la Atención Primaria la base para la reordenación de los/as profesionales, se establecería un marco normativo en forma de ley, L.O.R.E.A en la que se definirían las características y funciones de los equipos asistenciales y de apoyo asistencial: E.P.A.S (Equipos Pluridisciplinares de Atención Sanitaria).

La ley y su correspondiente norma de desarrollo, establecería y regularía:

- El concepto de equipo de trabajo y trabajo en equipo,**
- El número de profesionales de las diversas disciplinas de la atención sanitaria en función de los planes estratégicos a desarrollar, basándose en una proporción de medios y fines.**
- Su cumplimiento incluiría tanto a instituciones públicas como privadas.**

El número de plantilla y su distribución se marcan en función de los objetivos del equipo en coordinación con el resto de la organización, evitando la implantación de modelos de gestión asistencial descoordinados, interesados y atomizados. La planificación de los servicios y cuidados que configuran la estructura organizativa, serán previamente evaluadas y comunicadas a los órganos de gestión y coordinación, y se establecerá el personal adecuado y necesario para su desarrollo siguiendo criterios organizativos, basados en la participación de todo el equipo de trabajo y atendiendo a exigencias de cuidados.

La actividad vendrá marcada por las necesidades asistenciales y la respuesta coordinada desde la organización a las mismas, contando con todas y cada una de las categorías profesionales implicadas en labores asistenciales o de apoyo asistencial (logístico/administrativo) a las mismas.

Desde el sindicato LAB pedimos que se establezca una herramienta para acabar con la precariedad y asegurar el relevo de profesionales. Debemos entender que la escasez de profesionales producida por la escasa tasa de reposición, la elevada edad de la plantilla y las políticas de recortes, van a producir importantes problemas para el mantenimiento de la sanidad pública de calidad, así como el enquistamiento de la precariedad y la eventualidad para el personal de Osasunbidea y Osakidetza en los próximos años.



“UNA LEY QUE ASEGURE LA IGUALDAD Y EQUIDAD DE LOS-AS PROFESIONALES”

CON LOREA:

- El-la paciente y sus cuidados serían la base del modelo de organización. Un modelo más humanizado donde todo gire en torno a la persona y los cuidados que precisa.
- La estructura organizativa de los servicios de salud se transformaría para desarrollar el nuevo modelo y las plantillas se reajustarían y redistribuirían para adecuarse al mismo.
- Personal asistencial y personal de apoyo asistencial: La plantilla se organizará en torno a tareas de cuidado asistencial y de apoyo al cuidado asistencial. Se reconoce la especificidad de la labor en el ámbito sanitario de diversos colectivos: personal administrativo, trabajo social, servicios generales...

Fuentes:

The Evidence is In - California RN-to-Patient Ratios Save Lives Estándares de calidad y recomendaciones.

Fuente: National Nurses United. Enlace: <http://bit.ly/2AHre6y>

National Campaign for Safe RN-to-Patient Staffing Ratios.

Fuente: National Nurses United. Enlace: <https://goo.gl/53Vwgu>

PLAN para la IGUALDAD de mujeres y hombres X. berdintasuna_planak. Legislatura 2014-2016. Fuente: Gobierno Vasco. Enlace: <https://goo.gl/JP5YBD>

Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Regulations 2015.

Fuente: Victorian Legislation and Parliamentary Documents.

Enlace: <https://goo.gl/cRzTTe>

La solución de ratios La labor de la CNA y el NNOC en pro de las ratios enfermer@-paciente. Fuente: CAS Madrid. Enlace: <https://goo.gl/hu2KAJ>

Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la unión europea 2014.

Fuente Consejo General de Enfermería. Enlace: <https://goo.gl/15meam>

Mandatory Hospital Nurse to Patient Staffing Ratios: Time to Take a Different Approach .

Febrero 2014. Fuente: The Lancet. Enlace: <https://goo.gl/eGz1G1>



IV ¿Por qué es necesaria una ley de ratios?

1- Evidencia científica y ejemplo californiano

Los estudios realizados por distintos colectivos profesionales y sociedades científicas establecen una correlación directa entre el correcto dimensionamiento de la ratio de profesionales y:

- Disminución de la mortalidad.
- Aumento de la calidad.
- Disminución de fallos en la atención.
- Disminución de Burn-Out entre profesionales.

Para esta propuesta de proyecto de Ley de Ratios nos basamos en la consulta de diversos trabajos científicos: Estudio RN4CAST (financiado por la Unión Europea), Guidance on safe nurse staffing levels in the UK, estudios en the lancet, JAMA (The Latest Medical Research, Reviews, and Guidelines) , National Nurse United...

Tomamos el ejemplo de la ley del estado de California, por ser donde más gráficamente se ha plasmado el impacto positivo de la misma. El ejemplo californiano se basa en la escasez de personal asistencial debido a un sistema sanitario cuyos pilares son la externalización y atención sanitaria mediante seguros privados que se ha demostrado como ineficaz y costoso. El coste/efectividad reflejaría una mala gestión de los recursos sanitarios teniendo en cuenta el excesivo gasto sanitario sin conseguir mejores estándares de calidad y morbimortalidad. Tras la intensa movilización del staff de enfermería californiano, se consiguió una ley de ratios que modificó sustancialmente las condiciones laborales de las trabajadoras, aumentó la calidad de los cuidados y contribuyó a la disminución de la mortalidad. Las movilizaciones por una ley de ratios se siguen reproduciendo en la actualidad con la movilización de miles de profesionales en el año 2017 reivindicando unos ratios dignos y una atención de calidad.

En nuestra realidad la reorganización del trabajo entre profesionales y la reorganización del gasto sanitario atendiendo a cuidados supondría una mejora en el reparto del trabajo, una estabilización de la plantilla y en definitiva un mejor cuidado y atención a los ciudadanos en general.

2- *Aumentar la calidad real frente a la calidad percibida*

Debemos diferenciar entre calidad percibida y calidad real y ser críticos con estadísticas, encuestas y estudios, encargados la mayoría de las veces por los propios servicios de salud para justificar su labor.

La calidad de la atención en Osakidetza y Osasunbidea se mantiene principalmente por la **profesionalidad** de las personas que trabajan en ambos servicios. Sin embargo estas profesionales soportan cargas de trabajo abusivas, desigualdades y una eventualidad que ponen en riesgo la calidad asistencial.



Cuando hablan de la alta calificación de nuestro sistema de salud, lo hacen comparándonos con el Estado español, laboratorio de privatizaciones sanitarias, pero si nos comparamos con resto de los países europeos, la comparativa demuestra que estamos a la cola. Estamos muy lejos de otros sistemas sanitarios que están desarrollando su propia ley de ratios para asegurar una atención de calidad.

Los datos reales ofrecidos por organismos de todo tipo dan una visión no sesgada de la sanidad del Estado, y de la sanidad de nuestros servicios sanitarios en particular. Si bien tenemos personal sanitario, no nos acercamos a la media europea, y estamos mucho más cerca de la media del Estado que de las aceptables ratios europeas.

3- Asegurar la estabilidad de la plantilla, para acabar con la alta temporalidad y la contratación precaria

Es un hecho que se han producido recortes en sanidad, disminución del número total de profesionales, trabajo temporal y en precario, y empeoramiento de las condiciones laborales, todo lo cual repercute en la calidad de la atención.

Existe una falta manifiesta de profesionales trabajando, así como una desproporción entre los distintos componentes del equipo sanitario.

No debe olvidarse el límite en la **tasa de reposición** impuesto por el Ministerio de Hacienda durante estos últimos años.

Esta limitación impuesta de reponer sólo el 10% de las vacantes vegetativas entre los años 2010 y 2014, ha supuesto una pérdida progresiva de profesionales en el sistema público sanitario. En el Estado Español ha supuesto 27.800 profesionales menos.

Entre los años 2003 y 2008 la tasa de reposición fue del 100%, pero en 2009, con la llegada de la crisis, la tasa se redujo al 30% y entre 2010 y 2014 se situó en el 10%. Es decir, por cada 10 profesionales que abandonaban el sistema sanitario público, solo entraba uno nuevo.

En Navarra entre el 42 y 45 % de la plantilla es contratada temporal y buena parte de ella sin estabilidad en un puesto concreto.

Los datos de temporalidad media reconocidos por Osakidetza en su plan de ordenación de Recursos Humanos rondan el 20%, sin embargo, en el Informe diagnóstico sobre la igualdad de mujeres y hombres asciende al 36%.

4- Evolución de la mortalidad: indicador ligado a malas condiciones laborales en la sanidad

El Estado Español ocupa el puesto 19º de los sistemas de salud europeos, según el informe Euro Health Consumer Index del 2014, con una buena nota en cuanto a atención



y accesibilidad. Según un estudio de "The Lancet" consigue tener la tercera sanidad más eficiente a nivel mundial, principalmente a costa de las condiciones laborales y sobre explotación de las plantillas.

Los efectos de los recortes sobre la salud de la población los comprobamos mediante el análisis de la evolución de la mortalidad. Este es un indicador estrechamente ligado a la cantidad de profesionales y a las condiciones laborales de la plantilla del sistema sanitario.

En el periodo 2010-2015, el de mayor incidencia de los recortes y privatizaciones, se constata un aumento de mortalidad tanto en el Estado como en Navarra y la CAV, en cuyos servicios de salud sus plantillas han experimentado la falta de continuidad contractual y excesiva variación y rotación por diferentes puestos.

	ESTADO	OSAKIDETZA	OSASUNBIDEA	EUROPA
2010	8,17	8,88	7,84	9,3
2011	8,26	9,08	8,08	9,3
2012	8,58	9,3	8,41	9,7
2013	8,34	9,08	8,36	9,67
2014	8,48	9,31	8,67	9,5
2015	9,06	9,95	8,93	10,07
2016	8,76	9,8	8,96	

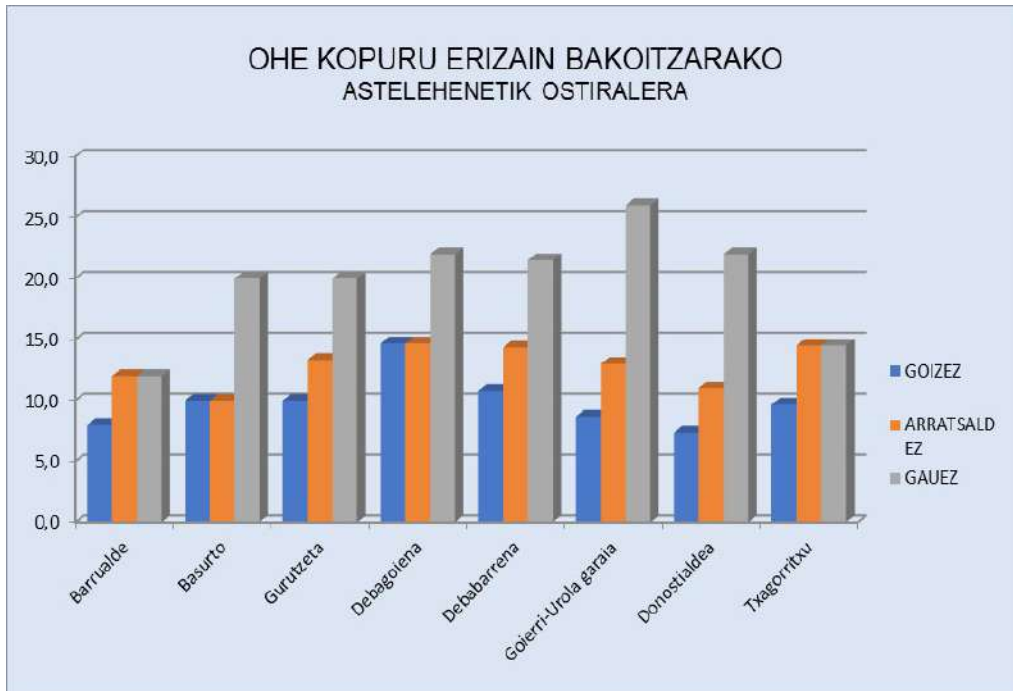
Podemos observar que en los momentos en que se ha producido un recorte masivo del personal, aumentado la temporalidad y empeorado las condiciones de trabajo, se produce un aumento importante de la mortalidad. Como ya hemos comentado, entre otros factores, el aumento de la mortalidad va ligada a la escasez de personal y a sus condiciones laborales.

5- Equidad entre profesionales

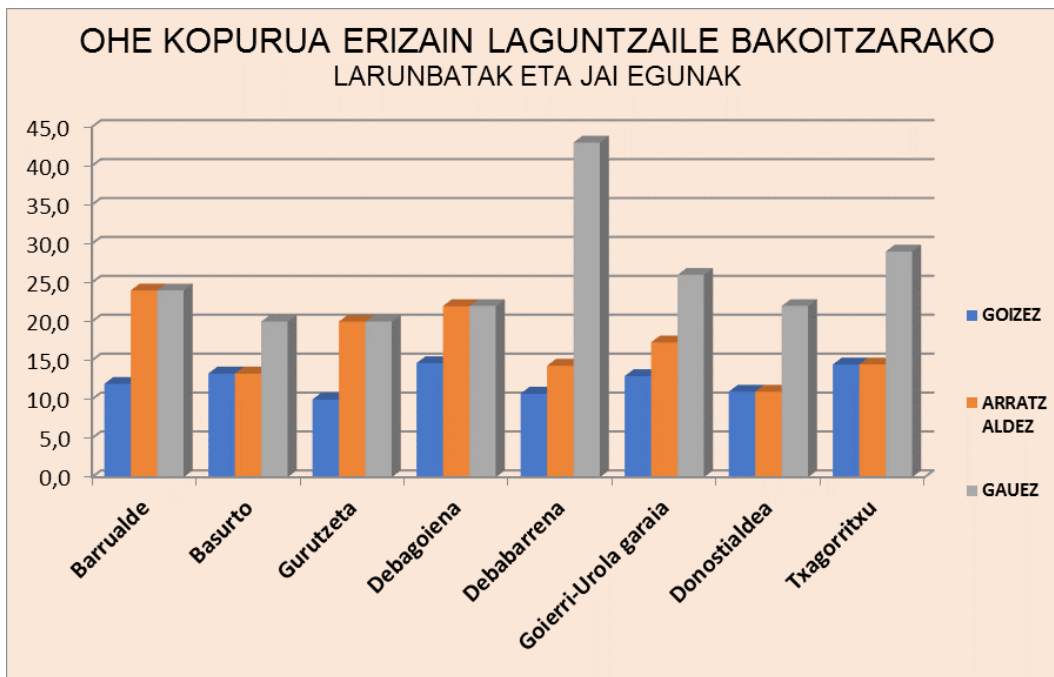
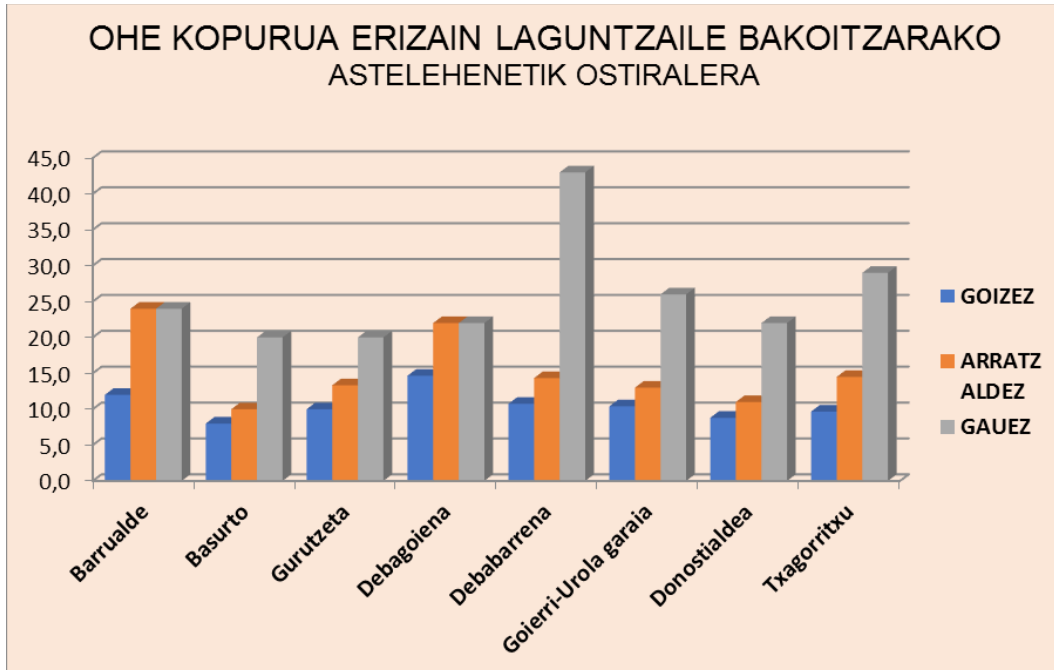
Las desigualdades en cargas de trabajo entre profesionales que trabajan tanto en Osasunbidea como en Osakidetza, suponen un nicho de desigualdad entre las propias trabajadoras de la sanidad pública.

La falta de ratios profesionales marcados por ley, hace que haya distinto número de profesionales atendiendo las mismas especialidades dependiendo del centro en el que trabajen, incluso dentro del mismo servicio de salud. Las cargas de trabajo también suponen una diferencia importante que provoca desmotivación y desafección de las profesionales sanitarias.

En los siguientes gráficos podemos ver un ejemplo de las diferencias de ratio de personal, que atendiendo incluso el mismo tipo de especialidades médicas, tienen un número distinto de profesionales sin que exista ningún tipo de criterio normativo que tenga en cuenta la proporcionalidad de la atención.

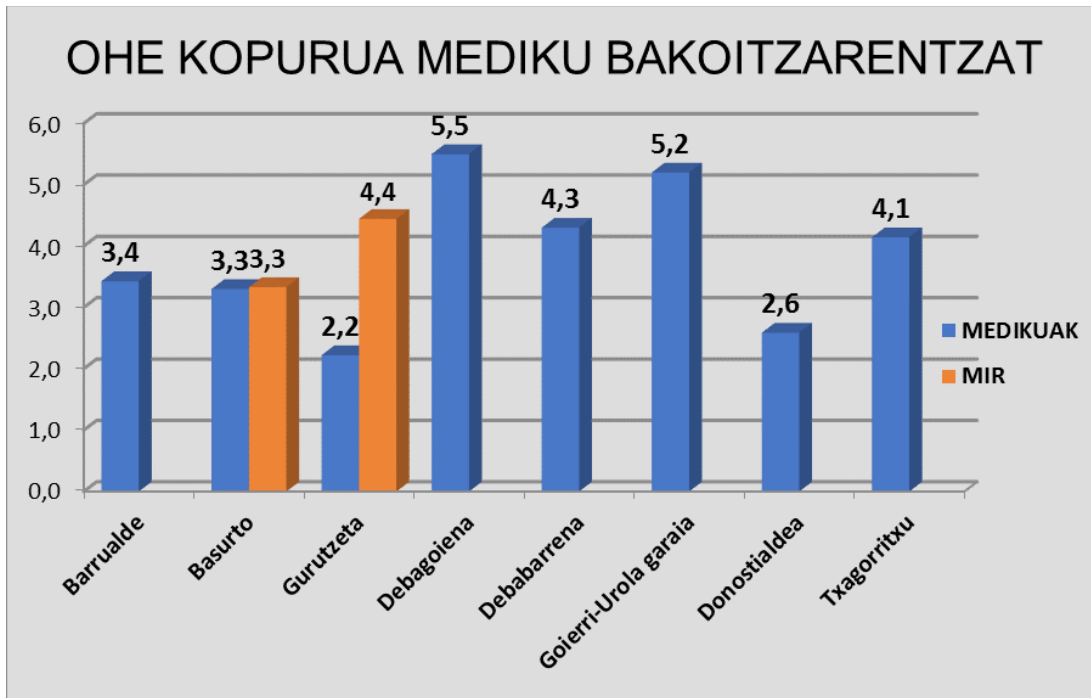


Si miramos diferentes unidades de un mismo servicio vemos que, en todas las categorías, el número de personal varía, llegando casi a duplicarse el número de pacientes que debe atenderse. Como se puede ver en la gráfica de arriba, mientras en enfermería en algunos hospitales corresponde a un/a enfermero/a por 7/8 pacientes, como ocurre en los hospitales de Donostia y Txagorritxu, en otros esa cifra sube a uno para 14.6 por la mañana (Debagoiena). En la mayoría de los servicios hay casi el mismo personal entre semana y el fin de semana, por lo que se trabaja a mínimos la mayor parte de los turnos.



En auxiliares de enfermería la diferencia también es notable. Mientras en Basurto hay un auxiliar para 6/8 camas, dependiendo de si hay refuerzo, en Debagoiena el ratio es de uno para 14,6, eso por las mañanas, porque en el resto de turnos la diferencia se dispara, habiendo ratios de un auxiliar para 10 pacientes en Basurto a uno para 24 en Barrualde.

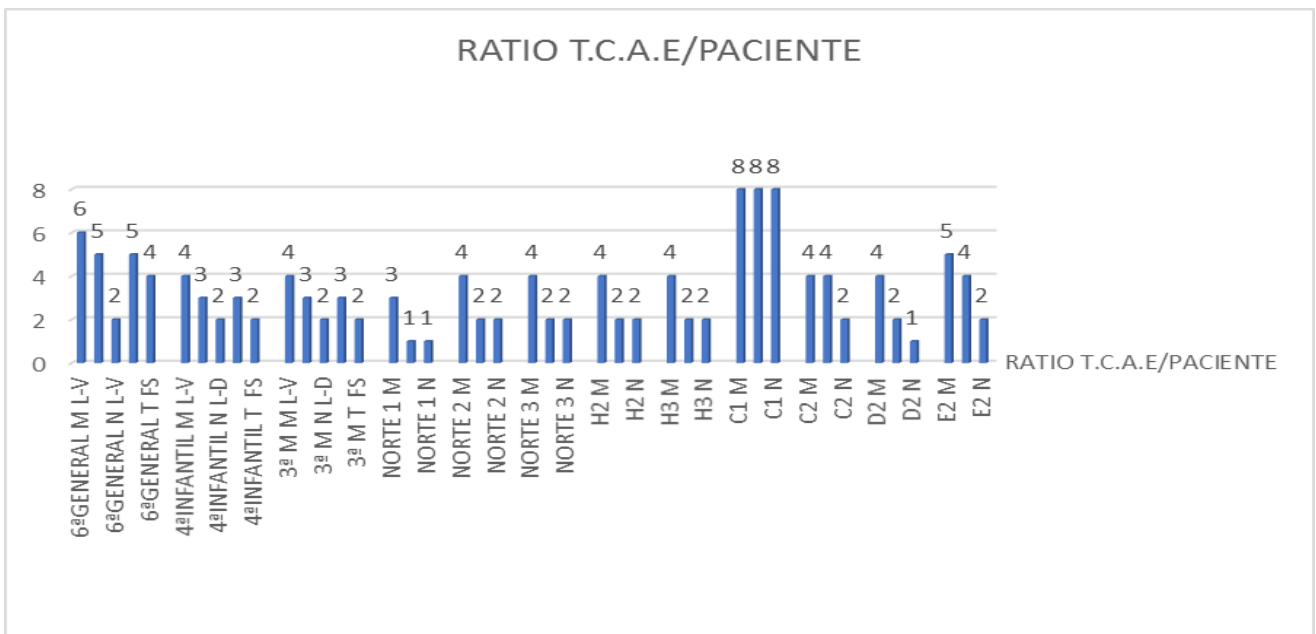
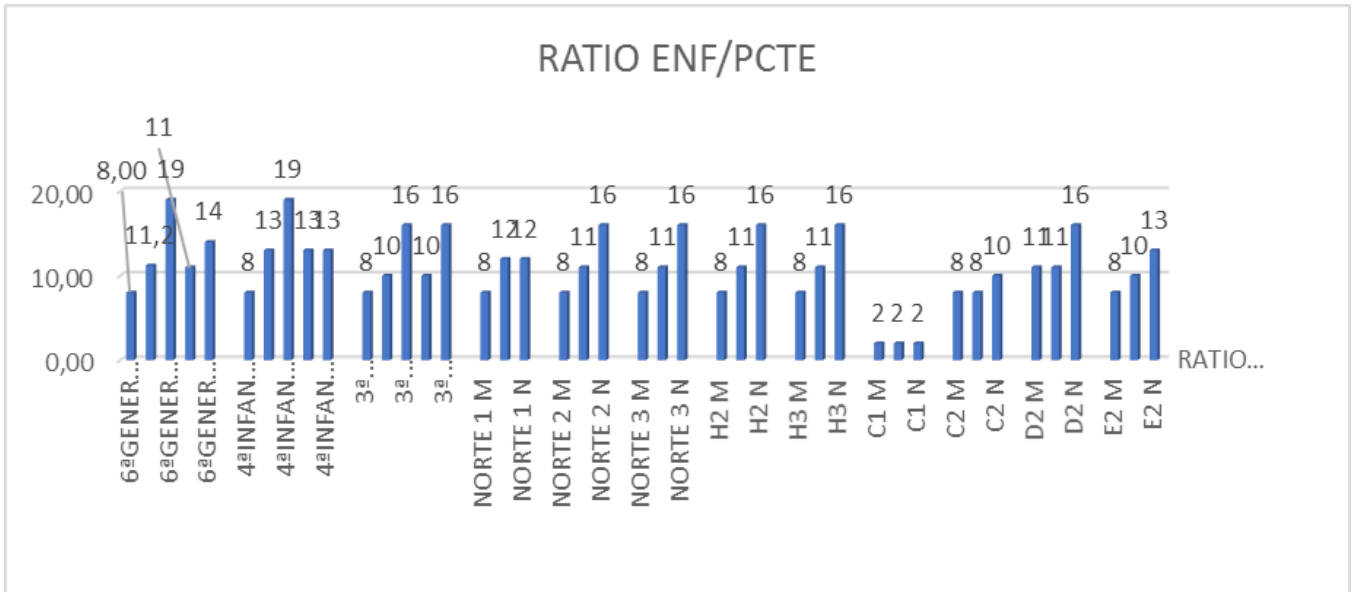
En las noches destaca el ratio de Debabarrena, hospital de Mendaro, en el que hay un auxiliar para 43 camas.



En el caso de facultativos y facultativas en medicina interna se ve cómo entre distintas unidades se puede duplicar el ratio por paciente.

En las categorías sanitarias los datos son más concretos, pero en el momento en que miramos las categorías no sanitarias es más difícil recopilar datos porque los puestos no están asignados a un mismo servicio. Aun así, en los lugares en los que sí está asignado también se aprecian diferencias duplicándose el número de camas asignadas. En el caso de la categoría de auxiliares administrativos vemos que da igual el número de camas. Siempre hay una sola persona por servicio.

Estos datos son en relación a un servicio en concreto, pero si comparamos otros servicios los datos son parecidos. Incluso en el mismo hospital el número de personal es parecido entre los distintos servicios, por lo que no se tiene en cuenta el tipo de paciente a atender para adecuar el personal que tiene que haber en cada turno.



En Osasunbidea existen importantes diferencias entre el número de profesionales que atienden a determinado número de pacientes. Diferencias que se hacen patentes incluso en plantas de hospitalización que atienden las mismas patologías médicas (una planta que atiende una misma especialidad puede tener un número diferente de profesionales atendiendo).

Llama poderosamente la atención la escasez de personal los turnos de tarde y especialmente noche (con la penosidad que ello conlleva) y la disminución de ratio de personal, fines de semana y festivos. Esto aboga por una organización del trabajo basada más en necesidades del personal facultativo, que en las necesidades de cuidados del paciente.



EL OBJETIVO DEL SISTEMA NO DEBE SER AHORRAR, DEBE SER GARANTIZAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN:

No hablemos de gasto o de déficit y hablemos de inversión. Inversión en salud, en calidad de la atención, compatible con el empleo digno. Es entonces cuando el sistema de salud se encauzará al cumplimiento de sus objetivos. Son los resultados en mejora de la calidad de vida y de la atención a las necesidades de la población los que deben guiar la gestión sanitaria. Ello no es incompatible con la racionalización y fiscalización exhaustiva del gasto.

Sí lo es en cambio con la dejación en manos privadas de la actividad asistencial cuyo principal objetivo es el beneficio empresarial a costa de malas condiciones laborales y dejación en la prestación de servicios.

O con modelos de estructura sanitaria que atomizan la gestión de la labor asistencial y que plantean incentivos fuera de las retribuciones que vienen reguladas en el marco de la función pública para las plantillas de los servicios de salud.

“NO CONFUNDAMOS SER EFICIENTES GASTANDO POCO Y RECORTANDO MUCHO, CON SER LA MEJOR SANIDAD”.



España da el 'pelotazo': tercer puesto mundial en eficiencia sanitaria
Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/uzjeVp>

España, en el 'top ten' en atención sanitaria y acceso al sistema de salud. Mayo 2017
Fuente: Efe. Enlace: <http://bit.ly/2AqJDrs>

¿La mejor sanidad? España tiene el 19º sistema de salud de Europa. Y gracias. Febrero 2016. Fuente: El Confidencial. Enlace: <https://goo.gl/dYUhRw>

La sobrecarga de trabajo y la formación de las enfermeras afectan a la supervivencia del paciente. 2016. Fuente: Consejo General de Enfermería. Enlace: <https://goo.gl/HKjAic>

De la carga de trabajo de las Enfermeras puede depender la supervivencia del paciente. 2016. Fuente: Seguridad del paciente y enfermero Enlace: <https://goo.gl/F1uRpf>

La mortalidad de los pacientes de UCI se asocia al ratio de personal y la carga de trabajo. 21 julio, 2015. Fuente: Humanizando los Cuidados Intensivos. Enlace: <http://bit.ly/2jirZyP>

Estadísticos Ratios. Enfermería. Mortalidad. 20 Julio 2015.
Fuente Colegio Oficial de Enfermería de Jaen. Enlace: <https://goo.gl/Ys7Jnc>

La mortalidad aumenta un 7% por cada paciente 'de más' que atiende una enfermera. 11 de noviembre de 2015. Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/RPxo9R>

Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. 11 de diciembre de 2012. Fuente: El Sevier, Enfermería Clínica. Enlace: <https://goo.gl/UNEnTP>

Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. Menores ratios de paciente/enfermera se ha asociado significativamente con menores tasas de mortalidad. 28 de abril del 2011. Fuente: Royal College of Nursing. Enlace: <https://goo.gl/Tq1LMz>

La mortalidad aumenta cuando se reduce el personal de enfermería. 21 Marzo 2011. Fuente: Intramed. Enlace: <https://goo.gl/Sn3xad>

Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. 24 May 2014. Fuente: The Lancet. Enlace: <https://goo.gl/5hKFMd>

Sobrecargar a las enfermeras aumenta la mortalidad ._26/02/2014
Fuente: El Mundo. Enlace: <http://bit.ly/MsTe2l>

Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. Octubre 2002 Fuente: The Jama Network. Enlace <https://goo.gl/HtSR8o>

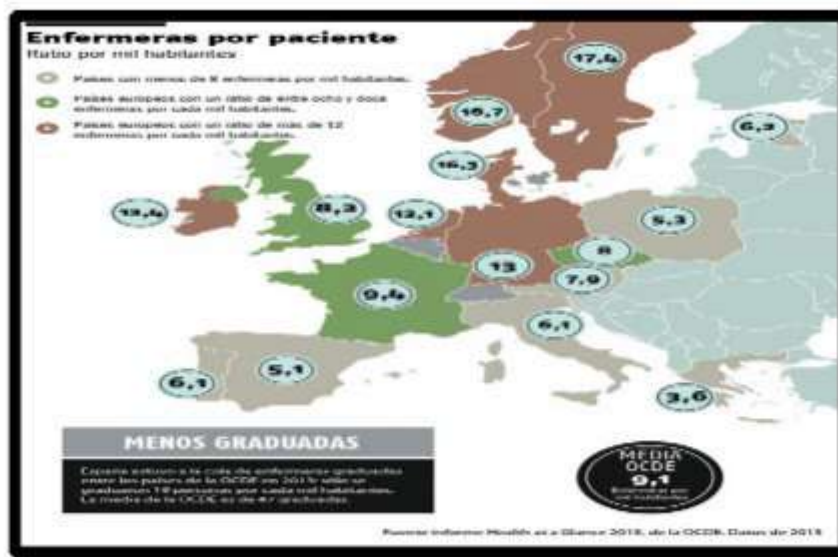
Estudio RN4CAST, financiado por la Unión Europea. Modelos de previsión y planificación de los recursos humanos en enfermería.
Fuente: Enfermería Comunitaria. Enlace: <https://goo.gl/dY43ct>



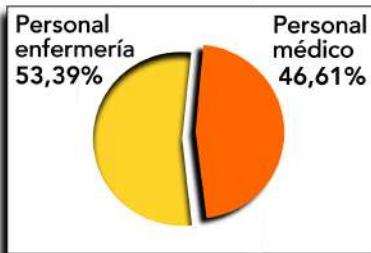
V- Comparativa europea

Vamos ahora a abordar la realidad de la distribución de profesionales por categorías en nuestros servicios de salud y su proporción respecto a la población que atienden (ratios). También repasamos la situación de nuestro entorno europeo más cercano.

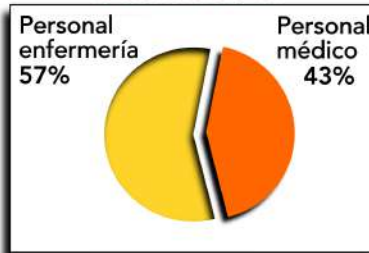
Para realizar la comparativa tomamos como indicadores los datos referidos a los colectivos de enfermería y medicina en Europa (OCDE), partiendo de la realidad del contexto del Estado Español, para luego centrarnos en Navarra y la CAV.



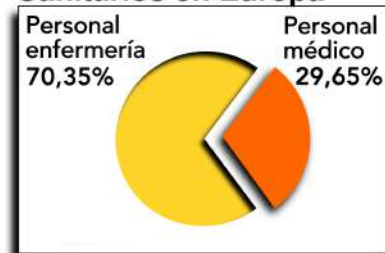
Sanitarios en España



Osasunbidea Osakidetza



Sanitarios en Europa





De la comparativa reflejada en los gráficos se desprenden las siguientes conclusiones:

El Estado Español mantiene las ratios más bajas de su entorno (número de profesionales asistenciales por pacientes), apenas llega a la mitad de la media de la OCDE. Para esta comparativa entendemos por **ratios de atención** el número de profesionales que prestan asistencia a un número concreto de personas.

El Estado Español está muy por debajo de la media europea, que casi duplica el número de efectivos en lo que se refiere a atención directa.

Vemos diferencias sustanciales con los países europeos, así como en la proporcionalidad que existe entre los diferentes agentes que intervienen en la atención sanitaria (medicina, enfermería...).

Cuanto mayor calidad asistencial tiene el sistema sanitario de un estado, mayor es la cantidad de profesionales por habitante y existe un determinado equilibrio entre estos.

En nuestros servicios de salud existe una falta manifiesta de profesionales realizando labor asistencial directa, así como una desproporción entre los distintos componentes del equipo sanitario.

En definitiva, los datos europeos muestran que: donde existe un número dimensionado de profesionales atendiendo de forma equilibrada a la población, se establece un aumento de la calidad de vida y de atención del paciente, debido a la labor de prevención realizada por los profesionales y la consiguiente disminución de las complicaciones de las diversas patologías.

Desde la perspectiva económica se produce una disminución del gasto sanitario a medio y largo plazo.



En cuanto a la ratio de médicos por habitante, el Estado ocupa la quinta plaza en la Unión Europea. Respecto a la enfermería es la veintidós, la sexta por la cola.

Ratios enfermeros vs médicos en Europa

País	Población	Médicos	Enfermeros	Proporción de médicos (del total de ambos)	Proporción de enfermeros (del total de ambos)	Ratio médicos/ 100.000 hab	Ratio enfermeros / 100.000 hab
UNIÓN EUROPEA	508.381.000	1.688.724	4.121.948	29,06%	70,94%	332	811
Finlandia	5.408.000	15.384	126.869	10,81%	89,19%	291	2.396
Dinamarca	5.598.000	18.797	88.335	17,55%	82,45%	342	1.609
Bélgica	11.060.000	32.182	165.650	16,27%	83,73%	299	1.578
Irlanda	4.576.000	12.450	60.774	17,00%	83,00%	272	1.520
Luxemburgo	524.000	1.478	6.524	18,47%	81,53%	282	1.247
Alemania	82.800.000	312.695	944.000	24,88%	75,12%	381	1.149
Suecia	9.511.000	29.693	100.480	22,81%	77,19%	327	1.105
Francia	63.937.000	201.811	587.099	25,58%	74,42%	318	930
Reino Unido	62.783.000	175.200	554.268	24,02%	75,98%	279	883
Eslovenia	2.068.000	5.121	17.214	22,93%	77,07%	252	846
República Checa	10.660.000	38.171	88.807	30,06%	69,94%	362	843
Países Bajos	16.714.000	50.854	138.200	26,90%	73,10%	315	838
Austria	8.464.000	40.634	66.586	37,90%	62,10%	483	791
Lituania	3.028.000	13.552	23.713	36,37%	63,63%	412	717
Malta	428.000	1.465	2.972	33,02%	66,98%	350	709
Estonia	1.291.000	4.372	8.664	33,54%	66,46%	326	646
Hungría	9.976.000	29.500	63.661	31,67%	68,33%	296	639
Polonia	38.211.000	84.221	223.563	27,36%	72,64%	220	584
Croacia	4.307.000	12.490	25.485	32,89%	67,11%	284	580
Rumania	21.755.000	51.153	118.129	30,22%	69,78%	239	551
Italia	60.885.000	248.723	312.377	44,33%	55,67%	409	544
ESPAÑA	46.755.000	172.800	237.400	42,13%	57,87%	370	508
Letonia	2.060.000	6.456	10.611	37,83%	62,17%	288	473
Eslovaquia	5.446.000	16.201	25.769	38,60%	61,40%	300	471
Bulgaria	7.278.000	28.384	34.879	44,87%	55,13%	381	468
Chipre	1.129.000	2.553	3.930	39,38%	60,62%	229	446
Portugal	10.604.000	34.440	43.860	43,98%	56,02%	342	436
Grecia	11.125.000	47.944	42.129	53,23%	46,77%	438	386

(Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2014- OMS y Datos 2.014 INE)

En referencia al porcentaje que supone la inversión en sanidad respecto al presupuesto gubernamental, el Estado se encuentra en el puesto 50 a nivel mundial, con un gasto público del 6.34% del PIB. Todos estos datos contrastan con la calidad percibida por parte de la ciudadanía que se refleja en la encuestas de satisfacción realizadas por los distintos organismos oficiales.

La calidad del sistema sanitario se basa en el trabajo de las profesionales que, a pesar de su escaso número y la escasa inversión a nivel gubernamental, dan una calidad óptima al sistema sanitario público. Todo ello a costa de sus condiciones laborales.

Existe una carencia endémica de profesionales y una desproporción manifiesta de profesionales sanitarios, que impiden unas condiciones de trabajo dignas y genera una ineficiencia en la atención al ciudadano.

Nunca se ha legislado en el Estado Español una ley de ratios para personal sanitario y mucho menos para el personal de apoyo asistencial.



VI- La realidad de Osasunbidea y Osakidetza

Tomando como base la información elaborada por organismos oficiales hemos analizado diversas cuestiones y comprobado determinadas realidades relacionadas con la organización de los recursos humanos y sus condiciones de trabajo.

Lo primero que llama la atención es comprobar que nuestro sistema de salud se base en un **modelo médico-centrista**, en el que la especialidad médica es el eje del mismo y no el paciente y los cuidados que precisa.

Ello se traduce en la praxis diaria en que el estamento médico no tiene establecidos equipos de profesionales dimensionados a la actividad que genera y, por lo tanto, se limita su capacidad resolutive.

A la necesidad de personal médico, se une el escaso e infra dimensionado personal asistencial y de apoyo asistencial que dé salida a la actividad que aquel genera o debería generar.

Las trabajadoras son conscientes del empeoramiento de sus condiciones de trabajo. Se ha producido una disminución significativa del personal fijo en estos últimos años, así como un aumento importante de la eventualidad. Analizando los datos globales de plantilla, puede parecer que se ha producido un aumento de los trabajadores del sistema público. Esto es debido a que se ha dejado de contabilizar profesionales para contabilizar número de contratos (muchos de los cuales recaen sobre una sola persona a lo largo de un periodo determinado). Y sí es cierto, la contratación ha aumentado... ya que el personal fijo es insuficiente para cubrir las necesidades de atención.

Como ocurre en el resto de servicios de salud del Estado Español, nos hemos convertido en una gran empresa de trabajo temporal (más de un 40 % de plantilla contratada), donde existen desigualdades importantísimas tanto en sueldos, como en jornadas de trabajo y sobre todo en cargas de trabajo.

El aumento de la plantilla ha sido muy por debajo de lo que se requiere para atender la demanda asistencial. Paralelamente se ha producido un aumento significativo, de más del doble, de cargos intermedios y jefaturas.

Debemos hacer hincapié en la necesidad de proporcionalidad entre los distintos estamentos de trabajadoras ya que existen desproporciones manifiestas, mostrándose una excesiva medicalización (muy significativo en Atención Primaria) que impide que el sistema sea resolutive por el excesivo número de consultas y pruebas que no se pueden resolver por falta de medios y personal de otras categorías.

Tomemos como ejemplo el personal de enfermería para desmontar la falsa impresión de un ratio de personal óptimo, próximo a la media europea:



OSASUNBIDEA

-El número de profesionales de enfermería que están realizando labor asistencial en el sistema público de salud es de 5,2 por cada mil habitantes.

-Incluyendo a Fisioterapeutas y Educadoras, el ratio de personal sanitario titulado subiría hasta un 5,5. Esta cifra está muy alejada de los 8,25 por cada mil habitantes que se ha publicitado interesadamente por ciertos medios y agentes políticos.

-Incremento del número de contratos eventuales, pero menor número de eventuales. Existen 1.800 plazas vacantes en Osasunbidea, y 750 de ellas estructurales, un total de 2.500 plazas cubiertas por contratados temporales.

OSAKIDETZA

-En el caso de la categoría de enfermería faltarían 2.179 para llegar a la media europea.

-El número de profesionales por cada 1.000 habitantes no llegaría a 5.

-El 60% de la plantilla de Osakidetza es personal fijo, el 36% es personal temporal y el 4% se encuentra en formación.

Es evidente que, tanto en Osakidetza como en Osasunbidea estamos mucho más cerca de los niveles estatales que de los países más avanzados de nuestro entorno europeo.

El resto de personal asistencial (técnicos especialistas, TCAE, celadores) y de apoyo asistencial (administrativo, servicios generales, trabajo social, informático...) no se encuentra dimensionado de manera suficiente para dar respuesta eficaz a la demanda de los servicios y además está en muchos casos mal distribuido y con indefinición de funciones.

En general, para todas las categorías, los datos reflejan: una tendencia a la destrucción del empleo fijo, un envejecimiento de la plantilla, sin reposición de efectivos y una eventualidad sin precedentes.

Esto unido al modelo médico-centrista, implica una tendencia a la ineficiencia del sistema. Se generan unas necesidades que no se resuelven, principalmente, por la desproporción entre los diferentes actores del Sistema Sanitario.



DESEQUILIBRIOS DE PLANTILLA: AUMENTO DE JEFATURAS MAYOR QUE EL DE PLANTILLA. 2005-2016. EJEMPLO DE PROPORCIONES INEFICIENTES DE PERSONAL.

Teniendo en cuenta los datos entre los años 2005 y 2016 se ha producido un aumento de plantilla total del 9,6% mientras que el aumento de jefaturas y cargos intermedios ha supuesto un aumento del 21%.

SITUACIÓN DEL PERSONAL. RATIOS

Atendiendo a la aplicación del concepto de ratio sobre la plantilla comprobamos lo siguiente:

- Ratios enfermería/paciente muy por debajo de la media de la O.C.D.E.
- Plantilla envejecida por la escasa reposición del personal.
- Inexistencia o número insuficiente de TCAE en AP.
- Eliminación de puestos de personal administrativo, servicios generales, limpiezas y cocinas.
- Existencia de un bajo ratio de equipo asistencial por medico: gran número de facultativos respecto al resto del equipo.
- Dentro del equipo asistencial: ratio bajo de enfermería y TCAE en comparación con otras comunidades.
- Equipo asistencial sujeto exclusivamente a criterios médicos y no de cuidados. De la necesidad de médico, se presupone la necesidad del resto del equipo.



“YA NO SE CUENTAN PERSONAS CONTRATADAS, SE CUENTAN CONTRATOS”

LA ARRAIGADA DESIGUALDAD DE CARGAS DE TRABAJO

Se producen desfases de plantilla entre los servicios que atienden las mismas patologías y entre los distintos centros de la misma red pública, lo que implica mayores cargas para unos respecto a otros.

También existen diferencias inaceptables entre los diferentes turnos de trabajo y de profesionales. El número de profesionales se establece con criterios que no corresponden a cuidados, ni a cargas de trabajo, sino exclusivamente a necesidades del personal facultativo. Por ejemplo, se reducen las plantillas de los turnos de tarde, noche o fin de semana sin que la carga de trabajo lo haga en la misma proporción.

“LOS MISMOS SERVICIOS QUE ATIENDEN AL MISMO TIPO DE PATOLOGÍAS , INCLUSO DENTRO DEL MISMO HOSPITAL TIENEN UN NÚMERO DE PROFESIONALES DISTINTO ENTRE SÍ PARA LA MISMA DEMANDA ASISTENCIAL, SIN RESPETAR LA EQUIDAD EN EL REPARTO DE CARGAS DE TRABAJO”

VII- Situación administrativa del personal

OSASUNBIDEA

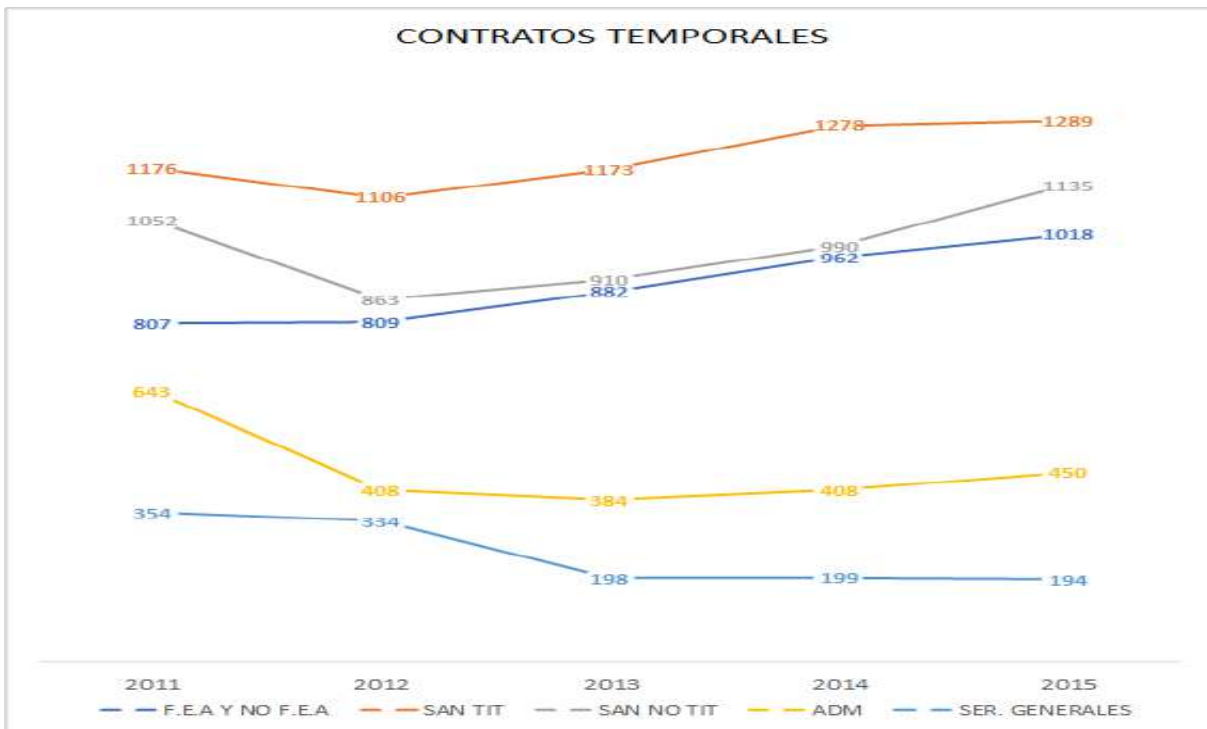
La temporalidad en el Servicio Navarro de Salud no solo se ha vuelto endémica, sino que el número de eventuales por la falta de reposición está alcanzando cifras totalmente alarmantes. Desde 2011 no baja del 40 %.

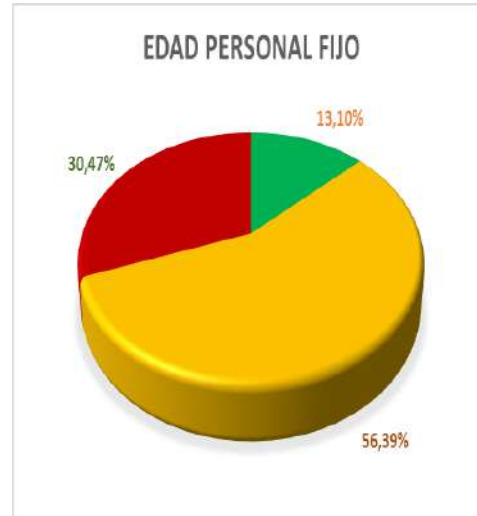
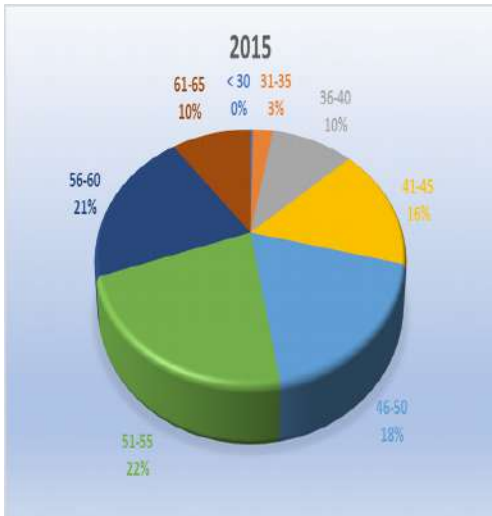
La contratación temporal ha sufrido un recorte importantísimo, que vació tanto de personal eventual, como de reposición de personal fijo la sanidad pública. Se está produciendo un aumento de la contratación temporal por el aumento de número de contratos y no tanto de PERSONAS contratadas, y la necesidad de cubrir tanto las nuevas necesidades, como el personal que se jubila.

El número de empleos fijos sigue una tendencia descendente durante los últimos años. Se pierde una media de 90 plazas fijas al año debido a la raquítica tasa de reposición impuesta desde Madrid. La falta de reposición del personal ha elevado de forma considerable la edad del personal fijo de tal manera, que en el plazo de 10 años se jubilará el 30% de la plantilla, 1.719 personas. Estas dos circunstancias supondrán la pérdida del 46% del personal fijo en los próximos diez años si no tomamos medidas legislativas para asegurar la cantidad de personal y unas condiciones de contratación dignas.



Evolución de los contratos temporales de la plantilla de Osasunbidea 2011-2015. Aumento en las categorías de medicina y enfermería, y disminución en el resto por la política de destrucción de empleo público en niveles C, D y E de cara a privatizaciones (cocinas, limpiezas, informática, etc.).





**-CON ESTA TENDENCIA SE PIERDEN 90 PLAZAS FIJAS AL AÑO.
-EN 10 AÑOS SE JUBILAN 1.719 PERSONAS**

46% MENOS DE PLANTILLA FIJA

2.619 TRABAJADORES FIJOS MENOS



OSAKIDETZA

El **envejecimiento** de la plantilla de Osakidetza es notorio. Las **jubilaciones** previstas por Osakidetza para los próximos años dejan a la vista la pérdida de recursos humanos supondrá un grave perjuicio para la población al no contar con suficiente personal para atender sus necesidades sanitarias.

Se observa que prácticamente el 60% de las personas fijas que trabajan en Osakidetza superan los 50 años y el 13% superan los 60 años. Tan sólo el 11% del personal cuenta con una edad inferior a los 39 años.

5.2.8. Distribución de la plantilla por grupos de edad y sexo

EDAD	TOTAL	% total	MUJERES			HOMBRES		
			Nº M	%M/M	%M/P	Nº H	%H/H	% H/P
Menos de 20 años	0	0	0			0		
De 20 a 29 años	2.885	8,16%	2.409	8,61%	83,50%	476	6,43%	16,50%
De 30 a 39 años	6.294	17,79%	5.166	18,47%	82,08%	1.128	15,24%	17,92%
De 40 a 49 años	8.585	24,27%	7.005	25,05%	81,60%	1.580	21,34%	18,40%
De 50 a 59 años	12.801	36,19%	9.937	35,53%	77,63%	2.864	38,69%	22,37%
De 60 a 65 años	4.678	13,23%	3.412	12,20%	72,94%	1.266	17,10%	27,06%
Más de 65 años	128	0,36%	39	0,14%	30,47%	89	1,20%	69,53%
TOTAL	35.371	8,16%	27.968	100,00%		7.403	100,00%	





Las previsiones de jubilación con 65 años de edad que hace Osakidetza para su plantilla entre los años 2013 y 2018 es la siguiente:

- AÑO 2013 = 2%
 - AÑO 2014 = 1'8%
 - AÑO 2015 = 2'2%
 - AÑO 2016 = 2'8%
 - AÑO 2017 = 3'3%
 - AÑO 2018 = 3'8%
- EN TOTAL = 16% de la plantilla de Osakidetza.

Por categorías, el número de trabajadoras y trabajadores que se jubilará entre los años 2013 y 2018 es el siguiente:

CATEGORÍA	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
Facult. Médica-Téc.	1.264	20'2%
Enfermeras -DUEs	880	11'6%
Matronas	45	14%
Fisioterapeutas	40	15%
Téc. Laboratorio	50	12'8%
Téc. Radiología	17	5'3%
Auxiliares Enfermería	854	21'1%
Téc. Aux. Admón	283	13'3%
Personal celador	175	12'9%
Personal operario servicios	185	20'7%

Osakidetza afirma que su plantilla fija en diciembre de 2012 era de 25.816 personas. Por lo tanto, con la previsión de un 16% de jubilaciones en el periodo 2013-2018, la plantilla se reduce en **4.130 personas**. En 15 años se jubilan el 49,4% de la plantilla, 12.700 trabajadoras fijas.



Podemos afirmar que en Osakidetza no se está realizando un plan serio de previsión de personal para atender las necesidades sanitarias de la población.

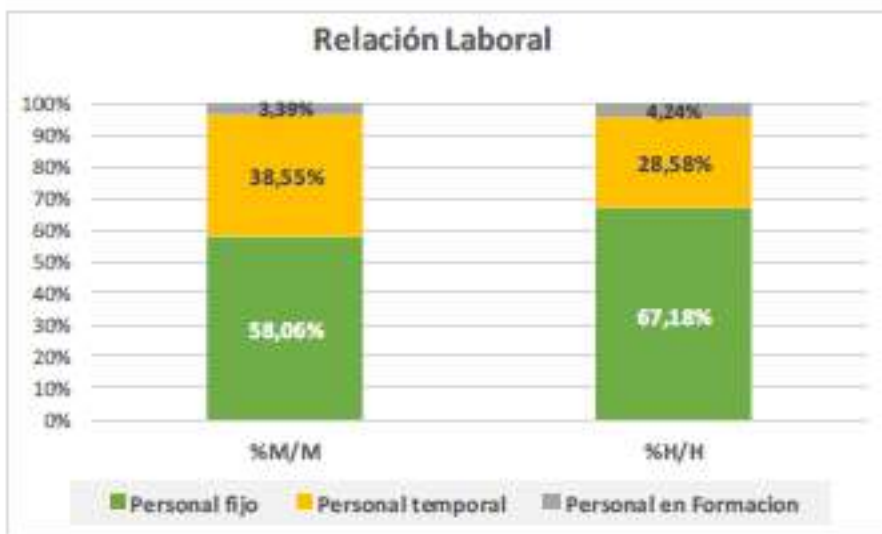
Sobre la **contratación temporal**, Osakidetza reconoce en sus documentos lo siguiente:

5.3.1. Distribución de la plantilla por sexo y relación laboral

Atendiendo a la relación laboral del personal de la plantilla, los datos obtenidos son los siguientes:

	TOTAL	%/total	MUJERES			HOMBRES		
			Nº M	%M/M	%M/P	Nº H	%H/H	% H/P
Personal fijo	21.210	59,96%	16.237	58,06%	76,55%	4.973	67,18%	23,45%
Personal temporal (*)	12.899	36,47%	10.783	38,55%	83,60%	2.116	28,58%	16,40%
Personal en formación	1.262	3,57%	948	3,39%	75,12%	314	4,24%	24,88%
TOTAL	35.371		27.968	100,00%		7.403	100,00%	

(*)Personal temporal: personal eventual, sustituto e interino.



Fte. Informe diagnóstico sobre la igualdad de mujeres y hombres en Osakidetza. Año 2016.

La eventualidad en Osakidetza sigue los patrones que también se reproducen en Osasunbidea llegando a una temporalidad de casi el 40%. El trabajo en precario y la alta temporalidad producen ineficiencia y un coste superior a medio plazo.



NAVARRA Y CAV LOS MEJORES SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO, PERO NO DE EUROPA

Según el Informe de la Federación para la Defensa de la Sanidad Pública, para el año 2016, elaborado a partir de datos ofrecidos por las propias administraciones, Navarra y la CAV cuentan con la mejor sanidad del Estado. Sin embargo, los indicadores y datos empleados entremezclan recursos públicos y privados. Además no resulta difícil destacar entre la desmantelada y arrasada sanidad pública del resto del Estado Español. Si miramos hacia el norte europeo comenzamos a bajar enteros en nuestra supuesta calidad asistencial.

Cuando se habla de Navarra o la CAV como una referencia en cuanto a la sanidad, debemos tener los datos objetivos suficientes, para ver si existe margen de mejora y ver si estos datos se ajustan a la realidad.

Esta alta calificación del sistema de salud de Navarra o la CAV se sostiene principalmente, por la comparativa con el Estado Español, laboratorio de privatizaciones sanitarias, pero no si nos comparamos con resto de los países europeos y de la OCDE.

Los datos reales ofrecidos por organismos de todo tipo, dan una visión no sesgada de la sanidad del Estado, y de la sanidad de Navarra y la CAV en particular. Nuestras plantillas mantienen unas proporcionalidades de ratios profesional/paciente, que están más cerca de la media del Estado Español que de las medias de los estados europeos.

Uno de cada cuatro médicos navarros tiene más de 50 años. 7 de Noviembre de 2017
Fuente: Noticias de Navarra. Enlace: <https://goo.gl/M3EKPN>

Comisión de las Naciones Unidas: Invertir en el cuerpo mundial de profesionales sanitarios permitirá la creación de empleo e impulsará el crecimiento económico. 20 de septiembre de 2016 Fuente: Naciones Unidas. Enlace: <http://bit.ly/2C1H000>

Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2016.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Enlace: <https://goo.gl/KFhSjw>

Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2016. Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Enlace: <https://goo.gl/wkZFqr>

Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Fuente: inisterio de sanidad. Enlace: <https://goo.gl/DuUN8X>

Memorias de actividad Osasunbidea. Fuente: Gobierno de Navarra. Enlace: <http://bit.ly/2yadoa2>



VIII- Conclusiones

- El modelo actual se ha mostrado en muchas ocasiones ineficiente: medico-centrista y hospital-centrista.
- Tendencia a la atomización de la asistencia y falta de coordinación entre ámbitos y servicios.
- Inexistencia del trabajo en equipo. Comportamientos y prácticas corporativas disgregadoras.
- Se producen desfases de plantilla entre los servicios que atienden las mismas patologías y entre los distintos centros de la misma red pública, lo que implica mayores cargas para unos respecto a otros.
- Aumento de la temporalidad: gran número de personal contratado, aumento de la contratación en precario, inexistencia de una tasa de reposición adecuada, disminución del personal fijo.
- Comparando con los países de la O.C.D.E., tenemos unas ratios muy bajas: 9,2 enfermeras por cada mil habitantes para la OCDE y no más de 5 en Osakidetza y Osasunbidea.
- Atendiendo a las ratios mínimas establecidas por entidades de reconocido prestigio, para cada servicio asistencial tampoco nos acercamos y mantenemos proporciones totalmente insuficientes.



LOREA

Objetivos generales/asistenciales:

- Disminución de la mortalidad.
- Aumento de la calidad real frente a la calidad percibida.
- Eficiencia en los cuidados.
- Los cuidados y las necesidades del y la paciente como primer objetivo.
- Trabajo en equipo como base de la atención.

Objetivos profesionales:

- Equidad en el reparto de trabajo entre profesionales.
- Estabilidad de la plantilla.
- Disminución de la temporalidad.
- Recursos sanitarios suficientes para asegurar una plantilla con números adecuados y estables.
- Coordinación real de equipos asistenciales teniendo en cuenta las necesidades y recursos necesarios de todos los miembros del equipo.

Para lograr estándares de calidad reales es imprescindible la creación de un régimen normativo que regule la equidad entre los distintos profesionales y que dimensione adecuadamente las plantillas adaptándolas a sus cargas de trabajo.



Ejemplo de Ratios.
Ratios mínimas establecidas
por la National Nurses United (USA)

National Nurses United		Las Ratios
		Cuidados intensivos 1:2
		Cuidados intensivos neonatales 1:2
<p>http://www.nncc.net/</p> <ul style="list-style-type: none"> •ratios numéricas mínimas y específicas. •Regula el uso de personal sin cualificar. •Limita la "fluctuación" insegura de la plantilla de enfermeros. •Cobertura de los descansos. •Sin promedios. •Sin recortes de la plantilla auxiliar como consecuencia de las ratios. 		Sala de operaciones 1:1
		Sala de recuperación post-anestésica 1:2
		Partorio 1:2
		Preparto 1:4
		Postparto parejas 1:4
		Postparto sólo mujeres 1:6
		Pediatría 1:4
		Urgencias 1:4
		Pacientes de UC en Urgencias 1:2
		Pacientes de traumatología en Urgencias 1:1
	Cuidado intermedio 1:3	
	Telenetría 1:4	
	Médico-quirúrgico 1:5	
	Otras especialidades 1:4	
	Psiquiatría 1:6	
	Estas son las ratios mínimas. Los hospitales deben incrementar sus plantillas en función de las necesidades de sus pacientes.	

Perfil del paciente	Patrón de cuidados	Tiempo de cuidados + organización	Estándares de equipo (1 DUE +1 Auxiliar de Enfermería) por cada
> 80 años	Cuidados técnicos 51%	5,29 horas "paciente" día	6-8 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para las actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 42%		12-13 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo y comorbilidad	Comunicación 7%		Festivos igual
<74 años	Cuidados técnicos 63%	3,91 horas "paciente" día	8-10 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 20%		14-15 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, con comorbilidad	Comunicación 20%		Festivos igual
<74 años	Cuidados técnicos 60%	2,8 horas "paciente" día	10-12 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 20%		15-16 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, sin comorbilidad destacable	Comunicación 20%		Festivos igual
< 40 años	Cuidados técnicos 45%	1,8 horas "paciente" día	12-13 pacientes en turnos de día
No necesita ayuda para actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 34%		16-18 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo sin comorbilidad destacable	Comunicación 21%		Festivos igual
Por ejemplo: parto sin complicaciones. Cuidados de la madre y del recién nacido			

Ferraz L. (2017). Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2007. citado en Unidad de enfermería en hospitalización polivalente

Por cada paciente que se añade a la carga de trabajo de cada profesional se incrementa en un 14% el riesgo de fallecimiento en los siguientes 30 días. Además, la probabilidad de fallecimiento se incrementa en un 7% en términos globales.



LEY DE RATIOS



LA MORTALIDAD.
LA ROTACIÓN DE PLANTILLAS.
DE ERRORES DE CUIDADOS.
DE PROPORCIONES INEFICIENTES ENTRE DISTINTOS PROFESIONALES.
DEL BURNOUT.



DE LA CALIDAD DE CUIDADOS.
DE LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES AL DISMINUIR LAS ROTACIONES.
PLANTILLA FIDELIZADA Y ESTABLE.

= COSTE A MEDIO/LARGO PLAZO



VENTAJAS DE LA PROPUESTA

Debemos ser punteros en el desarrollo de una ley de ratios que vele por una plantilla estable y por la calidad de los servicios públicos más allá de intereses partidistas, económicos o de otra índole. Estamos siendo testigos de la variabilidad e inestabilidad que afecta al sistema de salud por la aplicación de modelos de gestión basados en principios y conceptos economicistas.

Nuestra sanidad debe blindarse a todo tipo de coyunturas y regular por ley la cantidad de profesionales que atienden a las personas usuarias del sistema, mediante un establecimiento de nuevos criterios para la organización del trabajo y la distribución de cargas asistenciales, evitando la interferencia de intereses corporativistas que buscan mejoras parciales para élites de unos colectivos, sin reparar en el empeoramiento de las condiciones de trabajo del resto.

Existen ejemplos de desarrollo de leyes de ratios de atención que han propiciado un aumento del empleo estable. Estos incrementos del empleo estable producen, de manera constatable mediante evidencia científica, un aumento de la calidad y una disminución de la mortalidad, fideliza a la plantilla y permite un correcto desarrollo de las aptitudes profesionales del conjunto de trabajadoras que componen los servicios sanitarios.

En una nota de prensa de septiembre del 2016, la Comisión de las Naciones Unidas ya exhortaba a los estados a "invertir en profesionales sanitarios, que permitirá la creación de empleo e impulsará el crecimiento económico" por sus beneficios sociales y por permitir avanzar hacia un desarrollo sostenible. Se debe realizar un estudio razonable de la necesidad de profesionales sanitarios, y cuando hablamos de profesionales hablamos de todos los profesionales, correctamente dimensionados para tener un sistema plenamente eficiente.

No olvidemos que el interés de algunos por privatizar la sanidad, bien de forma directa con externalizaciones o indirecta mediante las unidades de gestión clínica, supone establecer una situación de privilegio para una minoría de profesionales dedicada a labores gestoras, en detrimento de la mayoría de la plantilla y en última instancia de la atención al paciente.

Una ley de ratios, L.O.R.E.A, que regule los E.P.A.S, velará por la igualdad y equidad entre profesionales sanitarios y puede ser una herramienta para evitar una política sanitaria sujeta a criterios de gestión intermedia que, en su afán economicista de reducir gasto y plantilla, dejen de lado la calidad de la atención.



España tiene la peor ratio de enfermeras por médico de la zona euro. 24 de noviembre de 2016. Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/ipMQoC>

La ratio de enfermeras por médico refleja que "España está medicalizada". 19 de noviembre de 2017. Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/hWX8x3>

La sanidad española en la UE: quinta en médicos, sexta con menos enfermeras. 3 de noviembre de 2017. Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/6nK56f>

España, noveno país de Europa en médicos y cuarto por la cola en enfermeras. 9 de junio de 2016. Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/fv12iN>

Recursos humanos sanitarios: una foto fija inalterada, ¿e inalterable? 2016. Fuente: onsejo General de Enfermería. Enlace: <https://goo.gl/7cQh9U>

Ratio de médicos: Lituania y Noruega echan a España del 'top 10'. 4 de noviembre de 2015 Fuente: Redacción Médica. Enlace: <https://goo.gl/5Y98fa>

España, a la cola de Europa en número de enfermeros. 7 mayo 2014. Fuente: El País. Enlace: <http://bit.ly/2Bp49cb>

Mandatory Hospital Nurse to Patient Staffing Ratios: Time to Take a Different Approach . Febrero 2014. Fuente: The Lancet. Enlace: <https://goo.gl/eGz1GI>

Nursing and Midwifery Workload and Workforce Planning. Enero 2013. Fuente: NHS. Enlace: <http://bit.ly/2nKQKfF>

Los expertos en salud pública alertan de la "excesiva medicalización" del sistema. Marzo 2012. Fuente: El País. Enlace: <https://goo.gl/4LwKLn>

Ratio enfermera. T.C.A.E /paciente. 2012. Fuente: Seguridad del paciente y enfermero. Enlace: <http://bit.ly/2BpCk3m>

Cause for concern: nurses' reports of hospital care in five countries. Mayo 2001. Fuente: Health affairs. Enlace <https://goo.gl/w3kmSE>



<http://lorea.lab.eus/>