



## Confederació Sindical de la Comissió Obrera Nacional de Catalunya

### VOT PARTICULAR EMÉS PER LA REPRESENTACIÓ DE LA FEDERACIÓ DE TREBALLADORS/RES DE LA SALUT DE CC.OO. DE CATALUNYA EN EL SÍ DE LA MESA DE LA REORDENACIÓ HOSPITALÀRIA A CATALUNYA.

La representació de la Federació de Treballadors/res de la Salut de CC.OO. davant la proposta de P.R.H. presentada per la Conselleria de Sanitat procedeix a emetre el seu vot negatiu, per les raons que, de forma sintetitzada, s'exposen.

#### EL PRH NO ABORDA CAP DE LES MESURES DE REFORMA ESTRUCTURAL DE LA XARXA SANITÀRIA.

La proposta de PRH formulada per la Conselleria, després dels treballs de la Comissió, parteix de dues premisses, al nostre entendre, errònies.

1. Es manté l'actual concepció de xarxa sanitària mixta (mitjans públics i privats) sense ni tan sols plantejar-se la necessitat d'aprofundir en un procés de creació d'una única xarxa de titularitat pública. Ans al contrari, s'aprofundeix una privatització de centres públics (Vic, Mancomunitat Sabadell-Terrassa, entre altres).
2. S'accepta l'actual nivell de finançament econòmic, sense ni tan sols qüestionar la precarietat dels mitjans econòmics destinats a l'assistència sanitària.

La conseqüència que comporta acceptar aquestes dues premisses d'opció política són un Pla de Reordenació Hospitalària que ens planteja un model, al nostre entendre, no vàlid. El model no parteix de l'estudi de les necessitats assistencials de la població, sino, al contrari, defineix la cobertura sanitària a oferir a la comunitat a partir d'una concepció economicista, que té més en compte unes disponibilitats econòmiques escasses que les necessitats assistencials de la població catalana.

Alhora el model de XHUP proposat (coordinació de diverses xarxes, de diferent titularitat) no resol cap dels greus problemes que comporta la no existència d'una xarxa única de titularitat pública, molt especialment en el terreny de la planificació de recursos.

## EL PRH NO ABORDA L'AMPLIACIÓ ASSISTENCIAL DERIVADA DE LA NECESSARIA INCLUSIÓ DE NOVES PRESTACIONS.

El model dissenyat pel PRH no té en compte la necessitat d'incloure dins de l'oferta sanitària pública les noves prestacions previstes a la Llei General de Sanitat.

Cap plantejament en profunditat es fa en relació a la inclusió, dins de la xarxa pública, de les prestacions sanitàries pròpies de la Planificació Familiar, la Salut Laboral i la Salut Mental.

Això planteja la greu contradicció de veure que el PRH ens està dibuixant la situació actual amb un excés d'oferta sanitària, quan en realitat queden fora d'aquesta oferta àmbits assistencials totalment abandonats, com els anteriorment esmentats.

## AUTO-LIMITACIÓ DEL PRH EN LA REFORMA DE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA I EN LA CREACIÓ DE LA XARXA HOSPITALÀRIA PÚBLICA DE MALALTS CRÒNICS.

Malgrat que en el document definitiu es vincula de forma clara l'aplicació del PRH a la posta en funcionament de la reforma de l'assistència primària i de la xarxa hospitalària d'utilització pública de crònics, quan es tracta de puntualitzar les mesures concretes, això queda totalment desdibuixat.

Així ens trobem que a cap lloc del document s'aprofundeix en les necessitats assistencials que comportaria la posta en marxa de la reforma de la assistència primària, quan és obvi que el desenvolupament d'aquesta reforma, vinculat a l'aplicació plena de la Llei d'INCOMPATIBILITATS produiria un increment ostensible dels mitjans humans (plantilles) necessàries.

El plantejament fet per la Conselleria és especialment acurat en quantificar els excessos de plantilla que al seu entendre provocaria l'aplicació del PRH, però alhora no es fa cap plantejament seriós amb compromisos i terminis, respecte a la possible absorció d'aquests excedents per l'increment de plantilles que produiria l'ampliació de l'assistència primària.

## EL PRH NO ABORDA CAP DE LES MESURES NECESSÀRIES PER MILLORAR LA GESTIÓ.

Acceptant que l'actuació de la Conselleria de Sanitat i de l'Institut Català de la Salut, ve condicionada per els greus problemes de la xarxa sanitària heretada de l'Administració Central en el moment de les transferències, i per l'escassetat dels recursos assignats a la Sanitat pels Pressupostos Generals de l'Estat, no és menys cert que hi ha greus problemes de planificació i de gestió dels que són responsables la Conselleria de Sanitat i l'Institut Català de la Salut, en quant als centres propis i als concertats en les coses i aspectes que d'ell depenen.

Peri això sorprèn que en cap lloc del document es planteji la necessitat d'abordar mesures concretes que millorin la planificació i especialment la gestió que duu a terme l'Institut Català de la Salut. Amb els mateixos recursos, millor administrats, podria obtenir-se uns resultats més acceptables en l'aspecte de la qualitat assistencial.

#### MANCA DE CONCORDÀNCIA ENTRE ELS OBJECTIUS I PREMISSES GENÈRIQUES I LES MESURES CONCRETES QUE ES PROPOSEN.

CC.OO. manifesta la seva conformitat amb la majoria dels objectius i premisses que de forma genèrica diuen inspirar el PRH (apartat nº2), malgrat creu que haurien d'incloure's tots els que fan referència als altres aspectes no tractats pel PRH i que al nostre entendre, són fonamentals per abordar en profunditat la reforma (els tractats en els apartats anteriors).

Es per això que ens sorprèn encara més la manca de concordància que existeix entre aquests objectius-premissses i les mesures concretes proposades especialment quan es posen en relació amb els paràmetres utilitzats pel Grup de Treball en el seu document.

Així i a títol d'exemple, existeix una greu contradicció entre l'objectiu manifestat de millorar el nivell de la qualitat assistencial, i no incrementar el nombre de llits, i alhora en les mesures concretes proposar un nombre de llits inferior als actuals, especialment si es té en compte l'increment de la demanda assistencial prevista per 1.991.

#### CRÍTICA DE CC.OO. AL MODEL HOSPITALARI PROPOSAT.

1. CC.OO. opina que el model presentat per la Conselleria és un model teòric: basat en criteris econòmics i no en la demanda i necessitats assistencials.

No existeix una definició de nivells hospitalaris, segons la població que s'ha de gí d'atendre : Hospitals Generals, especialitzats i monogràfics. Ni segons el tipus de patologies que s'atenen : aguts, crònics.

El document pateix una manca d'estudis de mortalitat, morbiditat, que seria l'indicador del nombre de llits hospitalaris que es necessiten, si previamente no es coneix la proporció de prevalència, la tasa de mortalitat, la tasa d'incidència de les diferents patologies en les àrees concretes, no es pot definir el nombre de llits hospitalaris per àrees de Salut.

La pretensió del PRH és "equilibrar les diferents àrees de Salut...". Difícilment es podria realitzar si no es coneixen les dades, que esmentarem abans

fent palès que l'únic objectiu de la reordenació és ajustar el model hospitalari als recursos que la Generalitat destina a Sanitat. És evident, que amb el PRH es disminueix el dispositiu assistencial i es produeix la pèrdua de 6.891 llocs de treball.

El model plantejat no sols és teòric en relació a la demanda assistencial, - sino que introdueix uns paràmetres totalment teòrics per definir plantilles costos, etc.

Per definir les plantilles "necessàries" s'utilitzen paràmetres no contrastats amb la realitat per determinar les estades mitjes (E.M.), UBAS (unitats bàsiques assistencials), productivitats i "ratio" de personal (proporció personal per llit).

- El model concreta uns nivells de productivitat totalment incompatibles amb la qualitat assistencial, vinculant'ho exclusivament a una reducció del percentatge de treballadors per llit.
- S'estableix un paràmetre nou lligat al cost ( el PRH estableix que una UBA és igual a un estada d'un malalt, una urgència és igual a mitja UBA, etc.) sense fer distincions entre els actes que unes urgències i d'altres requereixen .(Hi ha urgències que necessiten la intervenció de varis serveis : radiologia, anàlisis clíniques, banc de sang, etc. i per tant requereixen l'atenció d'un major nombre de professionals de la salut, que d'altra urgència amb patologia menys complexa). Malgrat això totes es cataloguen igual a efectes de cost, productivitat i necessitats de personal.
- S'estableixen unes estades mitjes, que en relació a les actuals són draconianes i que repercutiran negativament en els malalts.

Estant d'acord en la necessitat de controlar en alguns centres les estades mitjes, els paràmetres proposats i la seva utilització en la política de concertació per l'ICS, repercutiran negativament en els malalts amb processos patològics més complexos.

- Juntament amb els conceptes UBA, EM, etc. s'introdueix un altre paràmetre , el d'establir un nombre de personal per llit; els "ratio" de personal/llit que planteja el PRH, són inadmissibles, essent a més un dels factors que més directament incideixen en els excedents de plantilles i en la qualitat assistencial (formalment en el col·lectiu d'infermeria que és qui té la relació més directa amb el malalt.

Els "ratio" de personal/llit proposats s'han fet sense els necessaris -

estudis previs sobre patologies ateses a cada nivell hospitalari, piràmides d'edatde forma que es converteixen en una mera apreciació teòrica.

3. Els càlculs i definició establerts pel model sobre plantilles no s'ajusten a la realitat.
  - Es desconeix el nombre real actual de treballadors i de jornades, però es diu que sobren 6.891.
  - S'utilitzen paràmetres de 40 hores setmanals per establir la plantilla total necessària, quan les jornades habituals són inferiors en tots el -- hospitals públics, siguin o no de l'ICS.
  - No es té en compte que les jornades nocturnes són inferiors a les diurnes.
  - No es contempla que el personal metge descansa l'endemà de la guardia de - 24 hores.
  - Es desconeix el nombre de personal que està afectat per la Llei d'incompatibilitats.
  - Els càlculs sobre plantilles en el cas de l'ICS s'han fet utilitzant les - dades de plantilles orgàniques i no les reals.

#### CONSEQÜENCIES DEL PRH EN RELACIÓ AL PERSONAL SANITARI.

1. L'increment de la productivitat i de jornada proposat pel PRH (circular 22/85 de l'ICS), conjuntament amb la no assumció de noves prestacions produeix un excedent de plantilles. Les propostes que fa el PRH són contradictòries amb la premissa d'evitar les regulacions de llocs de treball. En cap lloc del document s'assegura que l'absorció d'excedents es farà de forma no traumàtica (sense acomiadaments).
2. No es contempla un pla de rejuveniment de les plantilles (dintre de 10 anys la mitja d'edat del personal hospitalari rebasarà els 50 anys).
3. No es contempla un pla de formació e incorporació de joves professionals en recerca de la primera ocupació.
4. MOBILITAT GEOGRÀFICA DE LES PLANTILLES.

Les mesures de mobilitat geogràfica proposades, sense cap limitació ni territorial ni funcional són inacceptables. Especial menció volem fer dels efectes negatius que aquesta mesura pot produir en anar acompanyada de la creació de consorcis mixtes (ICS, institucions privades) per gestionar centres propis de la Seguretat Social. Això comportarà a ben segur, no sols la privatització d'alguns centres, sino que part de la plantilla de l'ICS pugui passar a dependre

de centres gestionats per aquests consorcis.

En tot cas, qualsevol tipus de mobilitat hauria de respectar la voluntat dels afectats, el manteniment de les condicions econòmiques i professionals dels mateixos.

Per aquests motius bàsics, CC.OO. considera que el PRH no respon a les necessitats de la comunitat catalana en matèria de salut, en fer caure el cost de la reconversió en els usuaris (disminució del dispositiu assistencial) i en els treballadors de la salut (amb la pèrdua de llocs de treball i l'increment de la precarietat en que es presta l'assistència sanitària). Alhora suposarà, d'aplicar-se, un pas més en la privatització de l'assistència sanitària, en encomenar la gestió dels centres propis a institucions alienes (Hospital de Vila, Vic, Mancomunitat Sabadell-Terrassa).

#### PROPOSTA DE CC.OO.

Per tot el que hem exposat anteriorment, manifestem que no pot haver una reordenació hospitalària sense abordar, alhora, la REFORMA DE L'ASSISTÈNCIA PRIMÀRIA; fixant plaços i compromisos de posar en funcionament les àrees bàsiques de salut, dotant-les de recursos humans i tècnics; així com incloent-hi prestacions avui excloses: salut mental, planificació familiar, salut laboral, etc...

L'assistència primària com primer nivell assistencial dins el Servei Català de la Salut habent-se de coordinar amb els nivells assistencials hospitalaris.

L'assistència primària, el CAP, s'han de contemplar com un recurs bàsic assistencial i en el seu efecte redistribuidor de la resta de recursos, és l'element coordinador i integrador del conjunt i per això s'han de potenciar els seus recursos i les seves actuacions.

Són funcions dels CAP, i així haurien d'ésser, la realització de programes de col.laboració en coordinació amb els centres hospitalaris, pel seguiment i control dels malalts crònics i d'alt risc, programes de rehabilitació, de seguiment d'interconsultes d'especialitats i de les derivacions de les demandes d'assistència a altres recursos assistencials, l'elaboració i arxiu d'informació clínica dels usuaris del CAP, etc....

Es evident que el paper essencial dels CAP como a element integrador del conjunt de recursos i de la necessitat de planificar en base a l'assistència primària les àrees de salut i la totalitat dels recursos existents en elles.

## ASSISTÈNCIA HOSPITALÀRIA.

Per a CC.OO. no és possible abordar seriosament una reordenació del sector hospitalari sense qüestionar l'actual estructuració i funcionament de la XHUP.

El PRH concreta un model de Xarxa Hospitalària no planificat, i per això no fa referències ni precisions respecte a l'integració dels recursos assistencials segons nivells d'actuació: XHUP d'aguts, crònics, assistència primària i d'aquests nivells amb els Serveis Administratius i de Gestió. No s'estableixen ni es clarifica què les funcions assistencials de cada nivell, ni la seva integració com a conjunt de serveis assistencials i d'atenció a la salut.

Entenem que en base al que estableix la Llei General de Sanitat, la Conselleria de Sanitat, hauria de fixar les normes i els terminis per l'integració en la xarxa del Servei Català de la Salut, dels Serveis i Hospitals depenents de les Corporacions locals, Diputacions, AISNA, Hospital Clínic i demés fundacions públiques i d'aquelles fundacions privades sense finalitat de lucre, que voluntàriament acceptin integrar-se en les condicions que estableix la Llei.

Els hospitals de titularitat privada amb els quals la Conselleria decideixi concertar serveis per cobrir les necessitats assistencials no cobertes pels hospitals de la xarxa pública, hauran d'ésser sotmesos a les inspeccions, controls sanitaris, administratius i econòmics que determini la Conselleria. Habent-hi d'assegurar mecanismes de participació en la gestió als treballadors del centre.

En qualsevol cas, l'aportació de fons públics per finançar dèficits acumulats dels hospitals concertats ha de comportar forçosament el canvi de titularitat patrimonial a públic.

## TERRITORIALITZACIÓ I COORDINACIÓ.

Es imprescindible donar una homogenització dels serveis sanitaris a tota la població, per això serà necessari fer una planificació de la cobertura assistencial segons consideracions demogràfiques, geogràfiques, socio-econòmiques, etc..

Per fer una correcta planificació s'haurà de tenir en compte els resultats dels estudis epidemiològics de les àrees de salut.

A cadascuna de les àrees de salut hauran d'existir complets i coordinats els tres nivells assistencials: Des del primari fins al terciari, essent fonamental la permeabilitat i coordinació entre aquests nivells.

## HOMOGENITZACIÓ DE LES CONDICIONS LABORALS.

Qualsevol mida que tendeixi a una millor utilització dels recursos humans existents ha d'abordar necessàriament l'equiparació de les condicions laborals

dels treballadors dels Centres de la Xarxa Pública.

En aquest sentit, és ineludible concretar la reducció de la jornada laboral màxima del sector a les 35 hores setmanals.

Progressiva hogenització dels salaris i unificació de la relació laboral a una única (la estatutaria, per ésser el status jurídic del personal de l'ICS).

#### PLA DE FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS DE LA SALUT.

Prepugnem un viratge radical i oposat a l'actual realitat i s'ha de començar per la pròpia formació i preparació dels professionals de la salut.

Davant el treball solitari i personal basat en la relació metge-malalt, és necessari defensar el concepte del treball en equip, coordinat i multidisciplinari, i dirigit, sobre tot, a l'atenció de la comunitat, el medi ambient, salut laboral, planificació familiar, etc.

Per això és necessari impulsar les noves especialitats deficitàries, com : salut pública, epidemiologia, estadística de la salut, salut laboral i de la comunitat, etc.

Així com també és necessari el reciclatge i la formació continuada de tots els professionals de la salut dels centres hospitalaris.

En definitiva, qualsevol pla de reordenació hospitalària que no suposi una reducció <sup>del</sup> dispositiu assistencial, ni de la qualitat, ni de llocs de treball, hauria de passar, fonamentalment per potenciar la SANITAT PÚBLICA, situació que no és contemplada en el document del PRH, de la Conselleria.

Federació de Salut de CC.OO.  
de Catalunya.

