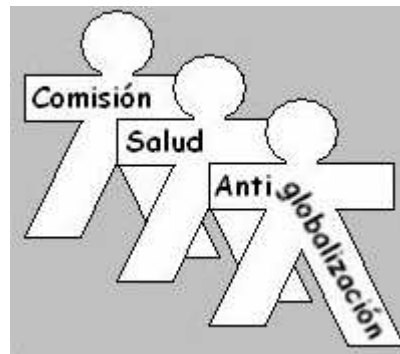


COMISIÓN DE SALUD ANTIGLOBALIZACIÓN DE MADRID

“La salud no es una mercancía”



COMIENZA LA RECONVERSIÓN SANITARIA



**MOVIMIENTO ASAMBLEARIO
DE TRABAJADORES DE SANIDAD**

Madrid, abril 2007

*El Anexo II del Acuerdo de 25 de enero de 2007 del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid -publicado en el Boletín Oficial de la Comunidad nº 32, pág. 16, el 7 de febrero-, recogiendo acuerdos previos alcanzados por los Sindicatos de la Mesa Sectorial y la Consejería de Sanidad y Consumo, expone que a partir de abril de 2007 se elaborará un **Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Sistema Madrileño de Salud**, teniendo en cuenta la puesta en marcha de los nuevos hospitales y centros de salud de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública. La elaboración de este Plan de Ordenación se acogerá a lo establecido en el nuevo Estatuto Marco (Ley 55/2003) y contará con la participación de los sindicatos de la Mesa Sectorial.*

1. PLANES DE ORDENACIÓN DE RECURSOS HUMANOS (PORH) SEGÚN EL NUEVO ESTATUTO.

El nuevo Estatuto Marco -una de las últimas leyes sanitarias aprobadas, en diciembre de 2003, por el gobierno Aznar antes de perder el gobierno central-, abre la puerta al establecimiento de planes de empleo en los diferentes Servicios de Salud para ajustar los recursos humanos a las decisiones políticas de los gobiernos de las Comunidades Autónomas.

- El art. 12 ap. 1º del nuevo Estatuto, orienta los Planes de Ordenación al desarrollo de las actuaciones precisas para lograr el **“adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación”** de los recursos humanos. El ap. 3º define que **“los cambios en la distribución o necesidades de personal que se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales se articularán de conformidad con las normas aplicables en cada Servicio de Salud”**. Y añade: **“en todo caso, el personal podrá ser adscrito a los Centros o Unidades ubicados dentro del ámbito que en su nombramiento se precise”**. El ap. 2º expone que **“en el ámbito de cada Servicio de Salud, y previa negociación en las Mesas correspondientes, se adoptarán las medidas necesarias para la planificación eficiente de las necesidades de personal estatutario y situaciones administrativas derivadas de las reasignaciones de efectivos”**.

Parece evidente que la referencia al adecuado dimensionamiento de plantillas no se refiere a su incremento, dado que en ese caso bastaría con desarrollar la Ley General de Sanidad, definir los ratios de población por trabajador, servicio, etc., crear las plazas necesarias y convocar la correspondiente Oferta Pública de Empleo. Tampoco sería necesario este articulado para redistribuir los recursos humanos, pues existe legislación suficiente para proceder a ello en caso de necesidad. Más bien se apunta a restringir las plantillas e imponer la movilidad geográfica forzosa y la movilidad funcional, eludiendo motivar dicho proceder y sorteando derechos laborales. Tampoco parece que los Planes de Empleo estén guiados para cubrir las necesidades de salud de la población, más bien están guiados por motivaciones políticas, económicas u organizativas interesadas en hacer funcionar los servicios de salud como empresas rentables.

La adscripción en el ámbito del nombramiento tampoco es clara, pues se utiliza la fórmula “podrá”, sin asegurar el hecho, lo que significa que también podrá excederse ese ámbito, por ejemplo, si no existiesen plazas en el mismo.

La referencia a la negociación de estos Planes en las Mesas Sectoriales de las Comunidades Autónomas (CCAA), entre sindicatos y la Consejería, tampoco es una garantía para evitar pérdidas laborales, dado, por un lado, el tipo de participación existente y, por otro, la limitación de la capacidad negociadora que establece el propio Estatuto -si no hay acuerdo, según el apartado 5º del art. 79, es el Gobierno de cada CCAA quien decide-.

- El art. 13 aclara que los PORH constituyen el instrumento básico de planificación global en el ámbito correspondiente. En los planes se “*especificarán los objetivos a conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos*”, así como las “***medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional y promoción y reclasificación profesional***”.

Este artículo relaciona los *efectivos y la estructura de recursos humanos* con unos *objetivos en materia de personal* que no especifica de donde surgen ni enlaza con las necesidades de salud de la población. Si tenemos en cuenta el art. 12 y la ausencia de criterios objetivos en las CCAA para definir las infraestructuras y plantillas sanitarias necesarias, sólo nos quedarán intereses económicos y organizativos de instituciones, centros sanitarios y empresas privadas vinculadas al sector, en un marco restrictivo de derechos laborales y abaratamiento de costes -lo que ha disparado en los últimos años la carrera de recortes de infraestructuras y personal público gestionados directamente-.

Si lo que se pretende es establecer adecuadamente el número de trabajadores y su estructura, no puede olvidarse que el personal no es una finalidad en sí mismo sino un medio para lograr unos objetivos de salud. Por tanto, lo primero sería determinar las necesidades de salud de la población y elaborar el correspondiente Plan Integral de Salud que guíe la planificación sanitaria. Los objetivos de salud establecidos en el Plan, determinarían los recursos necesarios -tanto físicos como humanos- para conseguirlos. Por último, se dotaría económicamente a las Administraciones Públicas Sanitarias para hacer efectivos esos recursos -teniendo en cuenta que el principio de solidaridad que debe regir los sistemas sanitarios públicos exigiría una fiscalidad basada en los impuestos directos-.

Nada de esto se advierte ni en la letra ni en el espíritu del articulado. Si embargo, sin conocer los objetivos ni la estructura a lograr, se disponen los medios para conseguirlo: movilidad geográfica forzosa, movilidad funcional, reclasificación profesional -lo que sólo puede ir ligado a la desaparición de categorías-, y todo ello sin las garantías que debe presidir cualquier acto Administrativo.

Por otra parte, la sanidad madrileña vive una mala situación motivada por el déficit de infraestructuras y de personal en todas las categorías: listas de espera inadmisibles, caos de las urgencias, enfermos mal atendidos en los pasillos, saturación de los servicios sanitarios que dan lugar a continuas noticias de prensa que generan alarma social, restricción velada del acceso a los servicios sanitarios como mecanismo para disminuir la demanda y hacer falsamente frente a dicha saturación sin aumentar los recursos, aumento de las cargas de trabajo por encima de lo aconsejable para la seguridad de la población y de los trabajadores del sector, aumento de las denuncias por errores sanitarios, etc.

La mala distribución de recursos físicos y humanos existe, pero en una situación general deficitaria, siendo más acusada en las zonas rurales y las barriadas más pobres. La solución no está en el traslado de recursos entre zonas de mayor o menor escasez -que además dudamos sea la intención del PP en la Comunidad-. La solución debe apuntar al incremento general de recursos físicos y humanos, siendo este incremento mayor en unas zonas que en otras, según aconsejen las necesidades sanitarias.

- El art. 14 ap. 1º plantea que los Servicios de Salud “*establecerán las diferentes categorías o grupos profesionales existentes en su ámbito*”, y el art. 15 ap. 1º especifica que “***en el ámbito de cada Servicio de Salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario***”.

Los PORH serán un vehículo idóneo para hacer efectivos los cambios en la estructura del empleo estatutario en el sector. En ausencia de una regulación general previa de las diferentes categorías y de una ley de funciones que abarque la totalidad de las mismas en el SNS, estos artículos sólo incorporan en el sistema elementos de desorganización y confusión, y favorecen la supresión de

categorías -que no tiene porqué ser homogénea en el SNS- y la externalización de diferente tipo de personal -en principio el no sanitario-.

Si se tienen en cuenta otros puntos del nuevo Estatuto, que pueden ser incluidos en la aplicación de un PORH, como la **flexibilización de la jornada y de los grados de dedicación**, la **flexibilización del régimen de incompatibilidades**, la **movilidad por razón del servicio**, la situación de **servicios bajo otro régimen jurídico**, la **movilidad forzosa**, etc, se entenderá el papel que pueden jugar estos Planes para imponer la desregulación laboral. Si se atiende a figuras como la **excedencia forzosa**, la situación de **excedencia incentivada**, la situación de **expectativa de destino** (art.62, 2º ap.), que equivalen a un despido de hecho, se entenderá que los PORH pueden ser útiles a la hora de reducir las plantillas drásticamente.

En consecuencia, los PORH equivalen a una "reconversión" del sector. La disminución de personal y de derechos tiende, por un lado, a aumentar las cargas de trabajo y la productividad del sector, y, por otro, a disminuir la calidad del "producto" final sanitario. Por ello, los PORH suponen una agresión a los trabajadores de la sanidad y a la población.

2. HOSPITALES CON ÁNIMO DE LUCRO, PLANES DIRECTORES Y PORH

El gobierno de la Comunidad eligió en 2004 la **iniciativa de financiación privada** como mecanismo de construcción de nuevas infraestructuras sanitarias, mediante la fórmula de "**concesión de obra pública**", regulada por la ley 13/2003 de 23 de mayo. Así se están construyendo 8 hospitales -7 de nueva creación y el de Majadahonda, que supone el cierre del H. de gestión directa Puerta de Hierro-, que se espera estén finalizados entre este año y el que viene. Esta fórmula se une a la construcción de hospitales privados con ayudas públicas y la seguridad previa de ser incluidos en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (Valdemoro) -incluso con el privilegio de ser cabeceras de Área-, o a la inclusión en esa Red de hospitales privados ya existentes y con una larga historia de mala gestión y trato privilegiado por los gobiernos de la Comunidad, como es el caso de la Fundación Jiménez Díaz -a la que se piensa establecer igualmente como cabecera de Área en el proyecto de nueva zonificación-.

En las **Concesiones Administrativas** se permite a empresas privadas licitar y acceder a la construcción y explotación temporal de hospitales (30 años prorrogables otros 30), pagando la Comunidad un canon o alquiler por el uso de los mismos. Las empresas adjudicatarias se rigen por el derecho privado y son propietarias del activo (hospital) mientras dure la concesión; tienen derecho a obtener beneficios económicos -ánimo de lucro- y no se les cierra la posibilidad de establecer pagos adicionales a cargo del usuario por determinadas prestaciones no directamente sanitarias.

La introducción del ánimo de lucro supone someter a la rentabilidad económica privada la orientación sanitaria y la organización de esos centros, las plantillas y las condiciones laborales. Y como estas variables son determinantes a la hora de definir la calidad de la atención prestada, introducir el ánimo de lucro implica someter la calidad de la atención a unos niveles de rentabilidad económica determinados por unos propietarios procedentes, en general, del mundo de la especulación (construcción y finanzas). Donde se han desarrollado, la experiencia -y un reciente informe de la OMS (*Bulletin of the World Health Organization 2006;84:890-896*)- concluye que estos centros salen más caros, presentan importantes problemas de gestión y graves dificultades para ejercer el control público, y no ofertan mejor calidad que los centros gestionados directamente.

La propiedad del hospital es privada, la gestión administrativa y global de estos hospitales queda en manos de las empresas privadas concesionarias, y los servicios no directamente sanitarios son externalizados y entregados a esas empresas que, a su vez, podrán subcontratarlos a otras. Más de un 33% del personal de los hospitales, el personal no sanitario, quedará privatizado.

La gestión de servicios y personal sanitarios dejará de ser directa, corriendo a cargo de unas empresas públicas con autonomía de gestión. Las plantillas -en su número y estructura-, y las condiciones laborales serán definidas por esas empresas públicas en coordinación con las empresas privadas dueñas del hospital, y sin que exista compromiso alguno que evite la contratación futura de personal sanitario laboral o a cargo de las propias empresas privadas.

A su vez, la **Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la Comunidad para 2007**, permite que estas empresas públicas se extiendan para gestionar los servicios y el personal sanitarios de los hospitales de gestión directa. La amenaza para el futuro del personal no sanitario es evidente, pudiendo dejar de pertenecer a la función pública en unos años, como le sucedió al personal de limpieza en su día y más recientemente al personal de servicios como cocina o mantenimiento en diversos hospitales de gestión directa -las repercusiones en su número, salario, condiciones laborales y seguridad en el empleo, han sido muy negativas-. El impacto de tales empresas públicas sobre el empleo y las condiciones laborales del personal sanitario, también se dejarán sentir.

Todas estas transformaciones, unas en marcha y otras en preparación tras ser aprobado su sustento legal recientemente por el gobierno de la Comunidad, van a exigir importantes cambios en el mapa laboral. Algunos de forma inminente dada, por una parte, la próxima apertura de los nuevos hospitales que, además, se crean sin dotación de personal y sin que se contemple en la Comunidad un incremento del empleo sanitario público, y, por otra, el desarrollo simultáneo de los **Planes Directores** en todos los hospitales de gestión pública directa, que contemplan la destrucción masiva de camas públicas.

Mientras se crean 1.354 camas fuera del control público directo, se destruyen un mínimo de 2.000 camas a través de los Planes Directores. Y eso en una Comunidad que cuenta con un 28% menos de camas públicas que la media del Estado (*Instituto de Información Sanitaria, 15/11/2004; Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*). Por 1ª vez en la Comunidad de Madrid, la provisión de servicios directamente públicos, en cuanto a camas hospitalarias se refiere, será inferior a la provisión privada o gestionada privadamente. Pero no sólo disminuirán las camas públicas de gestión directa sino que el balance total de camas será negativo a pesar de la construcción de los 8 hospitales.

Esta disminución de camas generará un volumen considerable de personal excedente -que afectará a todas las categorías- en los hospitales de gestión pública directa. Volumen que no podrá ser absorbido por los hospitales de gestión indirecta y privados incluidos en la Red Sanitaria de la Comunidad, dada la disminución general de camas en ésta.

Tales hechos van a exigir no sólo medidas de movilidad geográfica forzosa del personal desde los centros gestionados pública y directamente hacia los nuevos hospitales con ánimo de lucro, sino la creación de una bolsa de trabajadores "innecesarios" en la nueva organización sanitaria -sin que importe al gobierno de la Comunidad la clara insuficiencia de las plantillas para hacer frente a las necesidades de salud de la población-.

En esta perspectiva se inserta la vinculación que establece el gobierno de la Comunidad entre los PORH y la puesta en marcha de los nuevos hospitales (BOCM nº 32, al que se hacía referencia al inicio de este comunicado). El papel que pueden jugar los PORH en esta situación es evidente y equivale a los **Planes de Empleo** llevados a cabo por la patronal y los gobiernos de turno en plena euforia de la reconversión industrial.

3. UN NUEVO PANORAMA SANITARIO Y LABORAL

Los PORH dotan a los gobiernos de las Comunidades y a los centros sanitarios de los medios jurídicos necesarios para eludir derechos laborales y ajustar con rapidez sus recursos humanos,

cuantitativa y cualitativamente, a las exigencias de rentabilidad y competitividad propias del mercado.

A su vez, el nuevo Estatuto Marco sustituye la vía de magistratura por la vía del contencioso administrativo para las reclamaciones de tipo laboral (*art. 74*), aumentando la indefensión jurídica y laboral de los trabajadores al prolongar los tiempos de resolución de las demandas hasta hacer éstas ineficaces. De ahí el interés, al menos mientras dure la reconversión, de favorecer la estatutarización de todo el personal de la Comunidad, porque el nuevo Estatuto implica indefensión, amplias posibilidades de movilidad geográfica y funcional forzosas, reestructuración y eliminación de categorías, e incluso despidos a bajo coste.

Si a estas transformaciones legislativas, que establecen un marco hostil a los intereses de la población y de los trabajadores del sector, se suman las medidas emprendidas en el terreno salarial con la **carrera profesional** y los recientes acuerdos sobre incentivos, quedarán a la vista los esfuerzos del gobierno de la Comunidad para minar la capacidad de respuesta de los trabajadores de la sanidad y romper su posible unidad.

Tras las congelaciones salariales padecidas en los últimos años y las subidas anuales por debajo de los incrementos del IPC, el gobierno de la Comunidad pacta con varios sindicatos corporativos y en período de pre-elecciones sindicales -dando un espaldarazo a esos sindicatos-, unas importantes subidas salariales en un período de 3 años, bajo la denominación de carrera profesional. De estas subidas queda excluido el personal no sanitario -igual que de los recientes acuerdos sobre incentivación-. A su vez se establece una diferenciación entre el personal facultativo y sanitario no facultativo respecto a cobertura de suplencias y otros derechos laborales. El gobierno del PP ya no oculta quienes son su objetivo inmediato ni sus métodos de anestesiar al resto del personal. Y si estos métodos le son válidos hoy, se repetirán mañana para condenar al personal sanitario no facultativo -por ejemplo, desarrollando un convenio franja que anestesie a los facultativos-, y posteriormente se aplicarán para dividir a los médicos de Atención Primaria por un lado y por otro a los Médicos Especialistas (la experiencia ya se desarrolló con éxito en la reconversión de la aviación civil, cuando los incautos pilotos creyeron que su poder era intocable y podían hacer frente ellos solos al ataque y beneficiarse de éste).

Dividir a los trabajadores significa disminuir la capacidad de respuesta laboral global, lo que favorece el avance de los procesos de privatización del sistema sanitario y de mercantilización de la salud. Estos procesos sirven, a su vez, para alimentar la fragmentación de los centros y la división de los trabajadores, lo que acentúa la pérdida de fuerza de éstos y dificulta su respuesta, permitiendo avanzar más fácilmente el proceso privatizador. El gobierno de la Comunidad está imponiendo un sistema que se autoalimenta de una forma estable y sostenida. Si lo logra en este nuevo ataque, habrá dado paso a un nuevo panorama sanitario y laboral. Un panorama que será difícil fracturar sin incluir cambios profundos en las políticas de los partidos y sindicatos de la izquierda social, y en el mapa político, sindical y social de la Comunidad de Madrid, lo que significa que perdurará durante un largo período de tiempo.

4. ORGANIZAR LA RESPUESTA

Las mayores dificultades para hacer frente a los PORH radican en el desconocimiento de los trabajadores y de la población, en que se aplicarán escalonadamente -evitando una confrontación generalizada y limitando sus efectos geográficamente y a grupos reducidos de trabajadores-, y en que estos planes están ligados directamente al desarrollo de los nuevos hospitales, construidos y explotados como Concesiones Administrativas. Tal hecho significa que si el gobierno del PP no logra imponer estos planes de empleo, fracasará su actual estrategia de privatización en la Comunidad de Madrid, por tanto es previsible que vuelque sus esfuerzos, incluso con desembolsos de fondos, para dividir aún más y derrotar a los trabajadores -al fin y al cabo, si su estrategia triunfa y las privadas entran masivamente en la explotación de las infraestructuras

sanitarias, esos desembolsos se evaporarán en pocos años con las previsibles pérdidas de poder adquisitivo de los salarios-.

Por tanto, diseñar una estrategia que afronte los PORH debe ir más allá de la correspondiente campaña de información -qué son los PORH, qué los motiva, qué riesgos abren y la posibilidad de impedirlos-, de la respuesta local -donde se apliquen-, y de la extensión al conjunto de los trabajadores de la sanidad madrileña. Debe generarse, además, un amplio frente que se extienda al conjunto de la población de la Comunidad, y abarque a los partidos de la izquierda social y a los sindicatos que se reclaman de clase.

Un frente caracterizado por la defensa de la sanidad pública, pero con concepciones que superen las propias del estado del bienestar, dado que se han demostrado inútiles para frenar el avance privatizador y porque las fuerzas privatizadoras han partido de esas concepciones y estructuras para hacerlas saltar en pedazos -esto significa introducir leyes que impidan la entrada del sector privado en la sanidad pública y ampliar el campo de participación de los movimientos sociales-. Un frente con estrategias que no choquen con el actual modo de producción, porque impedirían sumar las fuerzas necesarias para echar abajo este ataque. En los Estados donde estos frentes se han desarrollado (Suecia o Nueva Zelanda), o donde se están desarrollando (Canadá), las fuerzas privatizadoras han sufrido serios reveses y las Iniciativas de Financiación Privada -para construir hospitales- han fracasado o encuentran duras resistencias que dificultan su avance. Aquí mismo se logró derrotar las Fundaciones generando un amplio frente de contestación.

Hoy, sólo desde una perspectiva movimientista puede facilitarse la creación de ese bloque, habiéndose demostrado eficaz en aquellas zonas que resisten con cierto éxito a las políticas neoliberales. La base de este bloque es la alianza entre trabajadores de la sanidad y población, jugando un importante papel los movimientos sociales y vecinales para impulsar un frente unitario y allanar los conflictos entre organizaciones.

Deberá impulsarse en los partidos de la izquierda social la necesidad, al menos, de preservar la sanidad de las leyes del mercado defendiendo una sanidad 100% pública, incrementar los fondos destinados a la sanidad pública hasta garantizar las infraestructuras y el personal necesario para hacer frente a los problemas de salud de la población, recuperar los servicios externalizados y rescatar las nuevas formas de gestión y las concesiones administrativas. Igualmente deberá impulsarse la derogación de las leyes que sirven para rearmar los ataques contra la sanidad pública (Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión), la promulgación de una nueva Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad -que garantice una financiación, gestión y provisión públicas-, y la ampliación de los espacios de participación y control social.

En los sindicatos que se reclaman de clase -que han pagado su precio en estas últimas elecciones por los años de paz social regalados al sector más conservador del PP-, deberá impulsarse la adopción de una estrategia de confrontación con el PP de la Comunidad, defendiendo -junto a los anteriores puntos-, el incremento de las plantillas y unos derechos y condiciones laborales que garanticen una atención de calidad. Y deberá exigírseles que den rendida cuenta a los trabajadores de la marcha de las negociaciones en la Mesa Sectorial y que organicen la movilización del sector contra los planes de empleo. Y en las fuerzas de la izquierda radical, el abandono del sectarismo como vía para salir de su aislamiento e incidir en la realidad.

Hacemos un llamamiento a los trabajadores del sector y a la población de Madrid, a los movimientos sociales, a los partidos de la izquierda social y a los sindicatos de clase, y a todo aquel que crea que los sistemas sanitarios deben quedar fuera de las leyes del mercado, para organizar la defensa contra los planes de empleo y para que los nuevos hospitales sean directamente públicos, porque la sociedad que en salud sustituye el concepto de beneficio social por el de beneficio económico, acaba por pagar un alto precio.