

---

## Algunas consideraciones sobre el diálogo social en el Sistema Nacional de Salud

*M.ª Cruz Reguera Andrés*

*Secretaria General. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.*

### **Trascendencia del diálogo social y de la negociación colectiva para la sostenibilidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**

---

Corren tiempos difíciles para el diálogo social y la negociación colectiva en un contexto de crisis económica internacional. La masiva expulsión de trabajadores del mercado en los últimos dos años, hasta duplicar la tasa de paro, ha situado en primera línea de debate la necesidad de reformas con el objetivo social básico de reducir el desempleo, facilitar la creación de empleo, incrementar la productividad y reducir el déficit público, preservando de forma sostenible las conquistas sociales del Estado de bienestar. Buena muestra de ello son el Real Decreto Ley 8/2010 de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, y el Real Decreto Ley 10/2010 de medidas

urgentes para la reforma del mercado de trabajo.

Con este panorama de fondo, la situación se revela especialmente delicada cuando se focaliza sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS), el mejor patrimonio social que poseemos, altamente valorado por los ciudadanos y reconocido como uno de los mejores del mundo, cuya sostenibilidad constituye una vieja preocupación desde prácticamente el inicio de su configuración con la Ley General de Sanidad en 1986.

La sostenibilidad del sistema se ha convertido en una de las cuestiones imprescindibles de abordar, no ya sólo por la dureza y profundidad de la crisis económica actual, sino por la propia evolución de la situación del sector público sanitario en la etapa postransferencial, una vez culminados los traspasos sanitarios en 2002, y con un abordaje,

entre otras variables, desde las políticas de recursos humanos. No en vano los gastos de las comunidades autónomas en sanidad representan el porcentaje más alto de sus presupuestos, dedicando prácticamente la mitad a atender los costes de personal.

Si bien es cierto que la inversión en profesionales es una característica consustancial a un servicio público cuyo cometido elemental es prestar servicios asistenciales sanitarios de calidad a la población, a través de profesionales muy cualificados, y que, por tanto, han de estar debidamente valorados, no lo es menos que la evolución de tal inversión está muy condicionada por el propio modelo de relaciones de empleo, principalmente el régimen funcionarial “estatutario” de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (EM) y, en su desarrollo, por los frutos de la negociación colectiva autonómica precisamente en esta etapa postransferencial.

La determinación de las condiciones de trabajo vía negociación se convierte así en un elemento clave para la sostenibilidad y cohesión del SNS.

Si algo ha definido el comportamiento de la negociación colectiva en la etapa postransferencial, es su dinámica intensa, dispersa y paralela en los 17 servicios autonómicos de salud, en muchas ocasiones al modo de espiral de mejoras al alza, no exenta de tensiones en la consecución de logros, y muy condicionada por las características de las administraciones públicas como empleadoras.

En la fructífera etapa negociadora postransferencial, sólo detenida por la crisis económica actual, se han abordado importantes mejoras de prácticamente todas las condiciones de trabajo. Algunas con alto impacto organizativo, profesional y presupuestario, como son, a título de ejemplo, la carrera profesional o la minoración de la jornada laboral a la denominada “de 35 horas”.

Tal panorama en la negociación se ha visto influido, además, por el debate surgido en el escenario internacional, sobre escasez de profesionales sanitarios y sus migraciones, con retos identificados en el ámbito de la Unión Europea (UE) (*Libro verde de las profesiones sanitarias*), que en nuestro país ha puesto el acento en la siempre pendiente y difícil asignatura de la planificación de recursos humanos.

En este punto, no está de más recordar que el ejercicio responsable de la negociación colectiva debe practicarse de forma acorde a la sostenibilidad de la empresa, como lo resalta la reciente sentencia de la Audiencia Nacional, de 10 de mayo de 2010, procedimiento 41/2010, en el conflicto de los controladores aéreos, que considera no sólo válida la intervención del legislador que afectó a los contenidos del convenio colectivo, sino obligada e imprescindible para corregir una situación que comprometía la sostenibilidad económica y financiera, y la eficiencia del sistema; recordando que la garantía institucional de la negociación colectiva, contemplada en el artículo 37.1 CE, no debe servir solamente para mejorar de forma notable los derechos de los trabajadores, sino que debe contribuir necesariamente también a la competitividad de las empresas; puesto que si la negociación colectiva provoca, como sucedía en aquel caso, que el proveedor se convierta en uno de los más ineficientes, la negociación colectiva ha dejado de cumplir su función constitucional.

En el sector público sanitario, la diversidad territorial en los ámbitos

de negociación, atributo de la descentralización de la gestión de los recursos humanos, conlleva aspectos muy positivos al permitir adaptar mediante la negociación sectorial autonómica, la política de personal a las necesidades concretas de cada servicio de salud. Y ha sido un factor importantísimo para la mejora de medios y modernización de los servicios de salud. Pero también genera importantes problemas por las dispares respuestas sectoriales respecto a un mismo tipo de materias (jornada, retribuciones, movilidad, etc.), convirtiéndose en fuente de conflictos cuando se perciben como desigualdades no justificadas, y detonante de nuevas reivindicaciones en demanda de igualación a las últimas mejoras pactadas. Esta progresiva deshomologación postransferencial es una de las causas por las que se reclaman, cada vez con más intensidad, por una parte instrumentos eficaces de coordinación y cooperación que contribuyan a preservar la cohesión, potenciando los previstos específicamente en la Ley de Cohesión y Calidad así como en el EM, y por otra parte, la suscripción de un gran acuerdo político y social como marco de un nuevo contrato social para el SNS.

La cohesión del sistema vuelve a aparecer así como un viejo problema organizativo, que ya se tuvo que abordar en la Ley General de Sanidad de 1986 al crear el SNS, precisamente con el fin de superar las insuficiencias de la coordinación de una pluralidad de sistemas sanitarios que entonces estaban funcionando en paralelo.

Reflejo de la especial consideración que merecen las políticas de recursos humanos, por su contribución decisiva a la cohesión, sostenibilidad, equidad y eficiencia de la atención sanitaria del SNS, son los trabajos liderados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el “Pacto por la sanidad”, especialmente los desarrollados en su Comité Institucional de Políticas de Recursos Humanos, en el que se ha tratado de consensuar un marco estratégico común para las políticas de recursos humanos, en aspectos de planificación, gestión, formación y coordinación, de tal modo que pueda ser referente en el diálogo de las administraciones con los agentes sociales.

En esta línea se inscribe también el Acuerdo adoptado por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de marzo de 2010, al incluir entre las

medidas firmes para la consolidación del sistema, la de definir “criterios comunes para las retribuciones que permitan incrementar la productividad y la calidad de los servicios de salud y establecer procedimientos de planificación compartidos”. Por su parte, el grupo de trabajo sobre gastos de personal, creado por el Acuerdo Marco de 22 de marzo de 2010, sobre sostenibilidad de las finanzas públicas, ha propuesto una serie de medidas con el denominador común de que han de instrumentarse a través del oportuno y necesario proceso de diálogo social; entre ellas, las relacionadas con la orientación de la normativa básica aplicable a todas las comunidades autónomas para la consecución de los objetivos comunes de racionalización y eficacia de los gastos de personal.

El debate sobre la repercusión de las políticas de recursos humanos en la cohesión del SNS se ha planteado también en el Congreso de los Diputados, con su subcomisión parlamentaria para el “Pacto por la sanidad”, y en el Senado a través de la “Ponencia para el estudio de las necesidades de recursos humanos” recientemente concluida (BOCG de 18 de junio de 2010), que ofrece 27 reco-

mentaciones sobre “Cómo debería abordarse la política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud”. Pues bien, tales recomendaciones además de dar pautas de actuación que favorezcan la cohesión y sostenibilidad, contemplan un buen número de medidas que afectan a condiciones que habrían de abordarse mediante diálogo social y negociación colectiva. Así, como ejemplo: la relativa a la importancia de un pacto por la sanidad, involucrando a todos los grupos parlamentarios y a los agentes sociales; la relacionada con el modelo de gestión de personal: “un modelo que no genere desigualdades interterritoriales”; la relativa al establecimiento de un plan de recursos humanos de todo el SNS, con la planificación de recursos, la organización de estrategias, la redistribución de profesionales: geográficamente y por especialidades, garantizando la movilidad geográfica voluntaria de los profesionales; la recomendación de modificación de las políticas retributivas, homogeneizando los niveles básicos retributivos en todo el país, etc.

Por tanto, las principales propuestas, medidas y recomendaciones que se están valorando para favorecer

la cohesión y sostenibilidad del SNS, desde la perspectiva de las políticas de recursos humanos, hacen referencia a cuestiones que han de abordarse mediante diálogo social y negociación colectiva.

La cuestión es si la estructura actual de la negociación permite garantizar la incorporación de las propuestas, medidas y recomendaciones de forma armónica en el conjunto del SNS.

### **Clarificación de la estructura de la negociación colectiva**

---

Apenas transcurridos veinte años desde que mediante la Ley 9/1987, de 12 de junio, modificada por la Ley 7/1990, de 19 de julio, se facilitase el derecho a la negociación colectiva de los funcionarios públicos, hasta su configuración actual con la Ley 7/2007, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) la negociación colectiva en las administraciones públicas en general y en el sistema sanitario público en particular, es una realidad compleja, en cuanto existen diversos sistemas o modelos diferenciados en función de los propios sujetos negociadores, la dualidad de regímenes de personal, los niveles y procedimientos de negociación.

En todo caso, el impulso de la negociación colectiva en este período la ha convertido en un factor determinante de las condiciones del empleo público, hasta el punto de haberse transformado en un procedimiento esencial de creación de normas al margen del estatuto funcional<sup>1</sup>. Característica por cierto que ha acompañado, de forma muy visible, al personal sanitario en el devenir histórico de la configuración de su relación estatutaria, desde su origen laboralizado hasta el actual régimen funcional especial. Asimismo, con la descentralización propia de las administraciones autonómicas, la negociación se ha convertido en un elemento clave para la transformación e igualación del empleo público en los distintos ámbitos territoriales<sup>1</sup>.

Tales características se han hecho especialmente patentes en el sector público sanitario, en el que como ya se ha hecho notar, la descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria en los diferentes servicios autonómicos de salud, unida al diseño de la estructura de negociación derivada del EM, en el 2003, y del EBEP, en el 2007, han originado una prolífera y diversa regulación de condiciones de trabajo, promotora a su

vez de una negociación sectorial territorial concatenada en demanda de igualación a las mejores condiciones pactadas.

El modelo de negociación diseñado por el EM se basa, por remisión, en el general de la Ley 9/1987, de 12 junio, y su normativa de desarrollo, hoy contenida en el EBEP, y fundamentalmente en las preceptivas mesas sectoriales que ordenaba constituir en cada servio autonómico de salud, en las que se lleva a cabo la parte más importante de las negociaciones sanitarias.

El modelo del EM se completa con las previsiones de sus artículos 10 y 11, insertos en el capítulo de planificación y ordenación, sobre competencias de modernización atribuidas a la Comisión de Recursos Humanos, y la de garante de la cohesión del sistema atribuida al Consejo Interterritorial, mediante la coordinación de la política de recursos humanos. A continuación, determina la constitución del Foro Marco para el Diálogo Social, dependiente de la Comisión de Recursos Humanos, como ámbito de diálogo e información de carácter laboral, con el objetivo de promover el desarrollo armónico de los recursos humanos del SNS. En el 11.4 con-

templa un “ámbito de negociación” con las organizaciones sindicales más representativas del sector sanitario miembros del foro, a fin de negociar los contenidos de la normativa básica relativa al personal estatutario de los servicios de salud, en todo aquello que no afecte a las competencias de las comunidades autónomas y sin perjuicio de los asuntos atribuidos a la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado.

El modelo del EM considera la negociación como un verdadero principio de ordenación del régimen estatutario, tal y como se ve reflejado a lo largo del texto legal al regular diferentes aspectos de la prestación y organización del servicio sanitario.

En este modelo específico de negociación para el personal estatutario de los servicios de salud, vino a incidir el diseñado para todos los empleados públicos en el EBEP, originando una serie de solapamientos normativos con el EM, entre los que se han detectado algunos relacionados con la coordinación de políticas de recursos humanos y la negociación colectiva<sup>3</sup>.

Así se han advertido solapamientos en las funciones del Consejo Interterritorial del SNS y de su Comi-

sión de Recursos Humanos con las de la Conferencia Sectorial de Administración Pública y la Comisión de Coordinación del Empleo Público. En materia de negociación el ámbito de negociación del Foro Marco para el Diálogo Social, resultaría desplazado por la Mesa General de las Administraciones Públicas contemplada en el EBEP para negociar las materias susceptibles de regulación estatal con carácter de norma básica.

Las reformas introducidas por el EBEP añadieron, por tanto, complejidad al panorama negociador, ya de por sí disperso y diverso, sin resolver claramente una de las necesidades en la realidad de la política de recursos humanos sanitarios postransferencial: la de contar con instrumentos eficaces que faciliten su desarrollo armónico en el conjunto del sistema, también en la estructura de la negociación, a cuyo efecto, como hemos visto, el Foro Marco para el Diálogo Social y el “ámbito de negociación” tenían un importante papel que jugar conforme el EM, no obstante las dificultades derivadas de la atribución competencial autonómica en una organización tan compleja como la sanitaria, situación que no se ha visto solventada suficien-

temente con los instrumentos de negociación previstos para todos los empleados públicos en el EBEP, en cuanto las peculiaridades del SNS aconsejan instrumentos específicos, adaptados a las peculiaridades del sector sanitario.

En este sentido, el acuerdo Gobierno-sindicatos para la función pública en el marco del diálogo social 2010-2012 de 25 de septiembre de 2009, parece ser consciente de tal necesidad, en cuanto contempla, en desarrollo de la estructura de la negociación colectiva surgida del EBEP, la propuesta de creación de una Mesa Sectorial Estatal de Sanidad, dadas las peculiaridades del colectivo afectado, pero sin llegar a acotar cuál será su ámbito de actuación respecto al resto de unidades de negociación ya existentes.

Así las cosas, la reciente sentencia de la Audiencia Nacional de de 14 de abril de 2010, dictada en el recurso 2/2009, pendiente de recurso, se pronuncia sobre tales solapamientos, de tal modo que previo análisis del ámbito territorial, subjetivo y objetivo de las normas que sucesivamente han venido a regular la negociación en el SNS (Leyes 9/1987, 55/2003 y 7/2007), concluye la vi-

gencia y virtualidad tanto del Foro Marco para el Diálogo Social del art. 11.1, como del “ámbito de negociación” del artículo 11.4 del EM. Recordando respecto al “ámbito de negociación” la enmienda parlamentaria que promovió su incorporación al EM, motivada en ser “imprescindible que se introduzca esta capacidad negociadora para aquellos desarrollos normativos de carácter básico para el conjunto del Estado relativas directamente o indirectamente a las condiciones de trabajo del personal acogido al ámbito de aplicación de este Estatuto Marco”. Diferenciando tal “ámbito de negociación” de la Mesa General de Negociación de las Administraciones Públicas prevista en el EBEP por el ámbito subjetivo, pues mientras en esta se negocia lo referente a todos los empleados públicos, en el “ámbito de negociación” lo será sólo lo relativo al personal estatutario de los servicios de salud, aunque coincidan en ser instancias únicas o nacionales y que su objeto sea negociar materias básicas.

En definitiva, según se fundamenta en tal sentencia, el EM en este extremo no ha sido derogado por el EBEP, sino que desde el principio de especialidad normativa mantiene su vir-



tualidad y vigencia para negociar normas básicas referidas a todo el personal estatutario del sistema. Quedaría por esclarecer el solapamiento con la proyectada Mesa Sectorial Estatal de Sanidad, del Acuerdo Gobierno-Sindicatos 2010-2012, para el caso que la Mesa General de Negociación de las Administraciones Públicas pudiese decidir su creación como mesa sectorial única y común para todo el personal estatutario del SNS.

Tal panorama hace aconsejable la clarificación de la estructura negociadora, presidida por criterios de seguridad jurídica e inspirada en el principio de especialidad, delimitando el nivel único y común para la negociación de las condiciones básicas que afectan al conjunto de los profesionales del SNS, y que además sirva para incorporar de forma armónica y homogénea para el conjunto del sistema las propuestas, recomendaciones y medidas en políticas de recursos humanos, participadas por los diversos servicios autonómicos de salud.

Como corresponde al modelo plural, por descentralizado, del que nos hemos dotado socialmente, cada servicio autonómico de salud tiene competencias para configurar su propio

régimen de empleo estatutario, que deben preservarse. Sin perjuicio de ello, no se debe desconocer que la experiencia demuestra el potencial de la negociación colectiva sectorial como factor de igualación de las condiciones de empleo en el conjunto del sistema. En tal tesitura, merece la pena esforzarse en buscar instrumentos que doten de mayor cohesión las políticas de empleo en el SNS.

La propuesta en definitiva sería la de clarificar, preservando la especialidad, la estructura de diálogo y negociación en el nivel único y común para materias básicas que afectan al conjunto del personal del sistema, y a la vez posibilitar una estrategia común efectiva de los servicios de salud en la correspondiente negociación transversal sectorial, a modo de organización como patronal empleadora, reforzando sus foros de encuentro y los sistemas de intercambio de información<sup>4</sup>.

### **“Ante todo no dañar”.**

### **Sistemas de resolución extrajudicial de conflictos**

---

Se recuerda en la revista *Trabajo* de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (n.º 51), que el jura-

mento hipocrático es uno de los convenios profesionales más antiguos de la historia, y que su premisa principal “*primum non nocere*” (ante todo, no hacer daño) debe ser un elemento esencial del diálogo social en beneficio de los pacientes.

La misma organización, en su amplio informe sobre “El diálogo social en los servicios de salud. Instituciones, capacidad y eficacia”, señala que los problemas a los que se enfrenta el sector de la salud apuntan a una amplia gama de tareas que deben abordarse desde el diálogo social, recomendando un planteamiento que evolucione desde la confrontación a una negociación de colaboración. Con la misma orientación, en las “Directrices sobre el diálogo social en los servicios públicos de urgencia en un medio en constante evolución”, también de la OIT, se aconseja recurrir a la negociación para solucionar los conflictos y, cuando ello no sea posible, facilitar procedimientos justos, eficaces y rápidos de solución de conflictos, ya sea la conciliación, la mediación y el arbi-

traje. Teniendo en cuenta tales orientaciones y el panorama ya comentado de intensa negociación descentralizada postransferencial, que se ve acompañado con frecuencia de tensiones y conflictos, parece oportuno reforzar no sólo el marco del diálogo social, sino también explorar las posibilidades que ofrece la normativa básica de referencia para la creación de estructuras específicas y especializadas, de resolución extrajudicial de conflictos.

Posiblemente, tales sistemas ayudarían a evitar los negativos efectos que el recurso a la huelga, como técnica negociadora, supone para la asistencia a los pacientes. A falta de la tan necesaria, para el servicio esencial sanitario, ley de huelga, el establecimiento de sistemas de resolución extrajudicial en el sector público sanitario, mediante la mediación o el arbitraje, podría coadyuvar cuanto menos a resolver desacuerdos para la determinación de servicios mínimos y, en última instancia, a prevenir a tiempo conflictos, dotando de mayor estabilidad al sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Mauri Majós J. Naturaleza y función de la negociación colectiva en la determinación de las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos. Instituto de Estudios Fiscales, 2005.
2. Ruano Rodríguez L. La negociación colectiva en las Administraciones Públicas: a propósito del Estatuto Básico del empleado público. Manual de formación continuada n.º 41. Consejo General del Poder Judicial, 2007.
3. Cayón de Las Cuevas J. La incidencia del Estatuto Básico del Empleado Público en el régimen jurídico del personal estatutario de los servicios de salud: problemas de solapamiento normativo. Actualidad Jurídica Aranzadi, n.º 742, 2008.
4. Blasco Altuna JA. Una visión autonómica. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2008;6(3).

