
Los sindicatos y la coordinación de políticas de recursos humanos

Kepa Urigoitia Saudino

Secretario General del Sindicato Médico del País Vasco.

La Instauración del Estado de las Autonomías y las transferencias en materia de sanidad, seguridad social y asistencia sanitaria han dado origen a la aparición de un escenario con 18 marcos diferentes de relaciones laborales (17 Comunidades Autónomas [CC.AA.] más INGESA), en los que, si bien cada autonomía se ha fijado en las demás y las ha podido utilizar como referente, ha acabado marcando sus diferencias. Diferencias que es fácil entender si tenemos en cuenta que, aunque el punto de partida haya sido un modelo sanitario uniforme:

1. El ritmo de recepción de estas transferencias no ha sido el mismo en el tiempo para todas ellas.

2. Las han administrado diferentes grupos políticos, con diferencias en sus sistemas de gestión, de financiación, normativas y, en algunos aspectos, de servicios prestados.

3. Las dos partes de la negociación de los aspectos laborales (administración y sindicatos) han sido diferentes en cada autonomía, lo que ha propiciado acuerdos también diferentes.

A pesar de todo ello, y a pesar de que tanto sindicatos como administraciones intentan diferenciarse de sus vecinos, cuando estas diferencias empiezan a ser importantes unos y otros reclaman que se ponga un poco de orden y que se establezca un sistema de coordinación, que en el caso que nos mueve aborde la de los recursos humanos (RR.HH.), pero que, en cualquier caso, no interfiera con su capacidad de ordenación y gestión en los unos y de libertad de negociación en los otros.

Sin embargo, tanto entre los representantes de las diferentes Administraciones como entre los distintos sindicatos que se sientan en las mesas de negociación, hay diferencias de con-

cepción en políticas de RR.HH., y así cuando algunos son partidarios de su recentralización, otros defienden el mantenimiento, e incluso potenciación de la capacidad que concede la descentralización autonómica y otros su descentralización absoluta.

Las diferencias actuales de políticas de RR.HH. que se observan en las distintas autonomías, lejos de resultar negativas para el sistema sanitario, pueden y deben resultar enriquecedoras. Y, siendo necesario un grado de coordinación de éstas en el SNS, al igual que lo será en su día en la Comunidad Europea, es también necesario que ese grado sea capaz de respetar las capacidades de las diferentes CC.AA., tanto políticas como de gestión y de representación sindical.

Este respeto será necesario si se quieren alcanzar acuerdos, y el objetivo de la coordinación de políticas de RR.HH. sólo será posible sobre la base de unos acuerdos sólidos, para cuya consecución será preciso hablar de mínimos.

Se deben abordar especialmente los temas que más nos preocupan a todos en materia de RR.HH. En este caso, no obstante, como representante de un Sindicato Profesional Médico, me van a permitir que centre mi análisis en el

Personal Facultativo Médico y que, para ello, englobe los temas que considero más importantes en tres grupos: a) acceso y movilidad; b) retribuciones y c) foros sindicales.

Acceso y movilidad

Necesidades de médicos

Uno de los caballos de batalla en toda negociación es el número de profesionales necesarios para el desarrollo de las actividades asistenciales que se quieren llevar a cabo.

Es necesario para ello conocer el dato de los profesionales con que ya cuenta el sistema. Este dato, que no escapa a la Administración correspondiente, en más ocasiones de las deseadas no resulta tan fácil de obtener por los sindicatos. Pero hay otro tan necesario como éste, que es el número de profesionales que hay en el mercado, susceptibles de ser contratados, y este último ya resulta difícil, cuando no imposible, tanto para la Administración como para los sindicatos.

A pesar de que los datos empíricos manejados por diversas instituciones indican que nuestra tasa de médicos no envidia a la de otros países de nuestro entorno, en el momento actual

todas las CC.AA. se quejan de falta de médicos, establecen sus propias "OPA" para lograrlos y recurren, cuando no les queda otra, a la contratación de médicos extranjeros.

Esta carencia de médicos tiene su origen en un conglomerado entre una falta de análisis y previsión de necesidades, nuestra amplia cartera de servicios, una descentralización por autonomías, cuya política es de continua expansión y creación de nuevos centros y la falta de adaptación en el tiempo del modelo sanitario.

Es preciso que se genere un registro unificado de médicos, para lo que es necesaria la colaboración del Ministerio, las diversas CC.AA. y los colegios de médicos. Es un dato indispensable para poder llevar a cabo no sólo una política de RR.HH., sino hasta para poder planificar las diversas carteras de servicios.

Y es preciso que cada CA elabore su propio plan de necesidades de médicos, consensado con los sindicatos médicos, en función de los servicios que se quieren prestar y de los tiempos de espera máximos que se quieren soportar.

Estos planes deben coordinarse entre todas las autonomías para una mayor equidad del sistema.

Capacitación

La capacitación de los facultativos de este país está fuera de dudas, como lo demuestra el reconocimiento que les profesan países de nuestro entorno, que les abren las puertas de su mercado laboral con sumo gusto, otorgándoles un reconocimiento económico, administrativo y social, por desgracia bastante y en ocasiones muy superior al que reciben en el nuestro.

Nuestro sistema de formación de Médico Interno Residente (MIR) está altamente acreditado y es de obligado cumplimiento para los futuros médicos de este país que deseen ejercer la profesión en el Sistema Público de Salud.

Pero ante la situación actual de falta de médicos, algunas CC.AA. están recurriendo a la contratación de médicos extranjeros que en algunos casos, y no en tan pocos como se podría pensar, no cumplen los requisitos de formación que se les exige a los formados en nuestro país.

Así nos encontramos con las denuncias de algunos colegios de médicos que dicen que en su Comunidad o en su Provincia, en el nivel de la Atención Primaria, hay médicos extranjeros post-95 que con la simple

licenciatura en Medicina están ejerciendo en el Sistema Público, cuando a los españoles se les exige además la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Denuncias similares se oyen en lo que hace referencia a la Atención Especializada, que en algunos casos se encuentra con supuestos especialistas ejerciendo sin que su titulación haya sido aún reconocida o convalidada por la correspondiente Comisión Nacional de la Especialidad, hecho incluso reconocido por alguna Administración.

No puede utilizarse distinto rasero para medir al médico formado en nuestro país y al extranjero, máxime cuando es al de fuera —cuya formación está más en entredicho— al que se le “favorece”, amparándose en una necesidad que, en todo caso, no es sino fruto de una negligente actuación en el terreno de las previsiones.

Las premisas de igualdad, mérito y capacidad deben ser respetadas en toda contratación. Para ello las autonomías deben garantizar el cumplimiento de la normativa en materia de capacitación de los facultativos que contraten en todo tipo de situaciones, sin excepción alguna, pues de lo contrario se está poniendo en ries-

go el bien último que persigue el acto médico, que es la salud.

Acceso

La contratación temporal ha sido utilizada desde hace años para abaratar costes y disponer de un personal cuyas condiciones de precariedad le hacen el más susceptible de voluntarismos y colaboración indiscriminada, en la esperanza de una posible fijeza.

Si bien su práctica ha cambiado bastante, especialmente en algunas CC.AA., aún hoy persisten algunas de este estilo, a pesar de que la Directiva Europea 99/70 ya establece que no puede discriminarse por el tipo de contrato, sino por el tipo de trabajo (una reciente sentencia del Tribunal de Justicia Europeo, amparándose en ella da la razón a una trabajadora del Servicio Vasco de Salud [SVS]).

Desde la convicción de que la temporalidad, a igualdad de trabajo, debe gozar de los mismos derechos económicos que la fijeza y que su volumen debe reducirse a los mínimos técnicos necesarios, se debe llegar a adoptar esto como principio en todo el SNS.

En cuanto a la contratación definitiva hay grandes diferencias en las posibilidades de acceso de unas CC.AA. a otras, tanto en cuanto a la periodicidad

de las OPE y en el número de plazas ofertadas, como en lo que hace referencia a los porcentajes de precariedad que los distintos servicios de salud parecen dispuestos a soportar.

En estos momentos, ante la escasez de médicos, las CC.AA. están impulsando las OPE para conseguirlos, ofreciendo la fijeza como atractivo de sus contratos.

Considero que la potenciación de la Oferta Pública de Empleo (OPE) no debe ser coyuntural, sino que ha de perpetuarse en el tiempo, llegando a establecerse una periodicidad anual o bianual como máximo.

Movilidad

La convocatoria de concursos de traslados de forma esporádica coarcta algo que debe considerarse un derecho real del personal, como es su movilidad.

La falta de profesionales se agrava ante los contratos de médicos extranjeros para plazas que no han sido ofertadas previamente a traslados, algunas de las cuales podrían ser del agrado de quienes ya trabajan y tienen plaza en la red.

Se deben establecer sistemas de movilidad permanente ante cualquier vacante, que bien podrían ir en el sen-

tido de los establecidos en nuestra CA: vacante-movilidad interna permanente-concurso de traslados.

Los concursos de traslados deben tener una regularidad, si bien podrían ser en principio bianuales para posteriormente llegar a realizarlos una o dos veces al año.

Jubilaciones

Hasta este momento la jubilación parcial del personal con contrato relevo sólo es aplicable al personal laboral y no así al estatutario.

Debe desarrollarse la actual Ley del Estatuto del Empleado Público para que este derecho sea de aplicación a todo el personal del SNS, independientemente de su tipo de contrato.

En cuanto a la edad de jubilación obligatoria hay claras diferencias entre Comunidades, siendo ésta de 65 años en algunas y posibilitando otras su prolongación hasta los 70.

Hay dos hechos que chocan frontalmente contra la decisión de jubilación obligatoria a los 65 años: por un lado la falta de profesionales médicos y por otro que a esa edad, en la mayoría de los casos, aún se está en condiciones de seguir ejerciendo la profesión; sin olvidar alguna sentencia que ha rechazado su práctica.

Considero que debe suprimirse la obligatoriedad de jubilación a los 65 años.

Incompatibilidades

Lo que en su día se gestó como una Ley de Incompatibilidades y su posterior Real Decreto fueron el fruto de una coyuntura concreta.

En estos momentos desde algunos servicios de salud hasta muchos médicos se sienten incómodos en ese marco, hasta el punto de que los responsables de Sanidad de CC.AA. como Cataluña y Cantabria han pensado en voz alta y barajan posibles aspectos de compatibilidad.

Lo cierto es que, a pesar de los informes de los Tribunales de Cuentas, no se hacen grandes esfuerzos para su cumplimiento. Sin embargo, nadie se atreve cambiarla, a pesar de que la actual coyuntura es de escasez de médicos.

Considero que debe reformarse la Ley de Incompatibilidades, adaptándola a la realidad actual.

Retribuciones

Modelo retributivo

La preocupación por las diferencias retributivas entre los médicos

de las distintas CC.AA. está generalizada en todo el SNS. Diversos medios de comunicación lo vienen reflejando en más de una ocasión.

Ante estas situaciones también hay quienes reclaman igualdad de salarios para todos los médicos del SNS, y quienes defienden que haya diferencias, máxime habida cuenta de que el poder adquisitivo del dinero no es el mismo en todas las zonas del Estado.

Comparto el criterio de los segundos, pero creo que debe revisarse el actual sistema retributivo para médicos y que se debe consensuar un nuevo modelo más incentivador, en el que deben establecerse los mínimos comunes a todas las Autonomías.

Jornada laboral

El componente asistencial no es el único en el trabajo del médico, pero sin embargo no hay una delimitación de los distintos aspectos que deben formar parte de la jornada laboral diaria del facultativo de Atención Primaria, ampliándose en bastantes ocasiones el tiempo dedicado a la tarea asistencial hasta imposibilitar el resto.

Debe definirse la jornada diaria del médico de Atención Primaria y los porcentajes de la misma que se deben dedicar a las tareas asistenciales, de

formación, docencia, investigación, sesiones clínicas, descanso diario, etc.

En cuanto a la jornada laboral anual llama la atención el hecho de que la jornada semanal de 35 horas tenga una traducción que varía de unas autonomías a otras en cerca de 80 horas al año.

Si algo puede y debe ser uniforme es precisamente esto: la traducción en horas al año de las 35 horas semanales.

Guardias médicas

Habida cuenta de que el tiempo de guardia es tiempo de trabajo, según las directivas europeas, y que su práctica conlleva sobrepasar la jornada ordinaria anual, son varias las sentencias que hablan de éstas como jornadas extraordinarias. No obstante, su consideración económica dista bastante de lo que podríamos considerar como tal.

La ausencia de la consideración de los conceptos de jornada extraordinaria y de horas extras en el régimen estatutario, y la utilización del término jornada complementaria en referencia a las guardias médicas, contribuyen al enraizamiento de este problema y a su judicialización en muchos casos.

No obstante, la actual coyuntura de falta de médicos ha hecho que se vaya revisando su precio al alza en todas las autonomías.

A nadie se le escapa que se trata de una cuestión meramente economicista, pero debe arbitrarse de una vez por todas el tratamiento del tiempo de guardia como jornada extraordinaria.

Carrera profesional

Instaurada la carrera profesional en la práctica totalidad de las CC.AA. se ha puesto de manifiesto las diferencias entre unas y otras, especialmente en la forma de tratar el período transitorio, durante el cual unas conceden el acceso directo por antigüedad hasta un nivel y otras hasta otro.

Debido a esta falta de uniformidad en el tratamiento, el acuerdo del Consejo Interterritorial de reconocimiento entre autonomías, en caso de movilidad del médico, del nivel alcanzado en la que lo hubiera obtenido, va a generar verdaderos agravios comparativos, que en nada van a favorecer el buen clima del trabajo en equipo.

Por otra parte, leyes aún recientes, como la Ley de Cohesión, la Ley

de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y el Estatuto Marco, establecen unos epígrafes básicos de evaluación de la carrera profesional, pero en el desarrollo de éstos, algunas CC.AA. han introducido unos parámetros de evaluación con un gran componente de subjetividad; tienen más en cuenta las actitudes que las aptitudes y los medios con que cada uno cuenta y valoran indicadores de pura productividad variable, mezclando carrera y productividad, mientras que otras comunidades contemplan la productividad variable como algo independiente de la carrera y retribuyen específicamente por ella.

Creo que estamos ante un ejemplo claro de falta de coordinación o de fracaso de la misma, cuyos efectos se harán más evidentes cuando empiecen las mencionadas movilizaciones.

Productividad variable e incentivos

La productividad variable es reconocida y tratada como tal por unos sí y por otros no, y el régimen de incentivos es casi tan variable como el número de gestores del sistema.

Debe generalizarse el reconocimiento económico de la productividad variable y separarse de la carre-

ra profesional en aquellas autonomías donde se entrelaza, y el tratamiento de los incentivos debe ser pactado con los sindicatos.

Turismo sanitario

No podemos olvidar que el SNS cuenta con una cartera de servicios y un prestigio en el exterior que le hacen atractivo de cara al turismo sanitario de algunos países de nuestro entorno, como puede apreciarse en determinadas zonas, así como que las especificidades de las cartteras de algunas autonomías repercuten también en un cierto grado de turismo interior del país.

La sobrecarga asistencial que conlleva este tipo de desplazados debe ser tenida en cuenta.

Foros sindicales

Mesas de negociación

La normativa es muy clara en cuanto a la negociación colectiva y en cuanto a cuáles son las mesas y su composición.

No obstante, todos los representantes de sindicatos médicos y algunos de otras instituciones consideramos que la negociación de las condiciones de trabajo de los médi-

cos deben separarse de las Mesas Sectoriales de Sanidad, pues su inclusión no beneficia ni a los servicios de salud ni a los médicos, lo que en definitiva significa que no beneficia a la atención sanitaria.

Aun a sabiendas de que este tipo de afirmaciones no es bien recibido en algunos ámbitos, debo decir que considero que se deben explorar vías que conduzcan a la creación de marcos propios de negociación con los médicos.

Foro marco para el diálogo social

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS establece la composición de este órgano y la restringe a las organizaciones sindicales más representativas en el sector sanitario. Sin embargo, resulta difícil hablar de coordinación cuando no se favorece el acceso a determinados foros a quienes tienen la responsabilidad de la negociación.

Considero que este foro debería reunir a todas las organizaciones sindicales con representatividad en las diferentes Mesas Sectoriales de Sanidad de las diferentes CC.AA.

Por otra parte, a pesar de los diferentes modelos de gestión existentes, en todos ellos se echa de menos

que el médico no adquiera el protagonismo que considero que debería tener en la gestión. El tratamiento empresarial que desde hace unos años se ha dado a la atención sanitaria ha hecho que se le considere como a un simple operario, y creo que eso es un grave error.

Las profesiones giran alrededor de aquellos que están en posesión del conocimiento superior en la materia y, en el caso de la Medicina, este conocimiento se encuentra en la figura del médico, hasta el punto de que si no existiera, habría que reinventarla. Y, para evitar malentendidos, aclararé que esto no significa en ningún caso que no sean necesarias las demás categorías en la atención sanitaria.

Decir que el personal médico está quemado, desmotivado y que, como consecuencia de todo ello, es menos colaborador, no es decir nada nuevo. Pero me van a permitir que diga que es la consecuencia lógica del trato que ha venido recibiendo durante bastantes años.

Es preciso aprender a motivar a este personal para que resulte verdaderamente colaborador, y para ello también es preciso que recupere la jerarquía que le corresponde en la atención a la salud y a la enfermedad, y en ello

debe colaborar activamente la Administración.

Y es necesario que para el ejercicio de su profesión no se le escatime algo que es absolutamente necesario: tiempo. Todas las medidas organizativas de la sanidad deben tener presente que el ejercicio de la Medicina resulta de la puesta en práctica de manera conjunta de sus dos componentes: el científico y el humanista. Y, si bien ambos requieren de tiempo, especialmente lo demanda el segundo.

No cabe duda de que, para que todo esto se vaya haciendo realidad, es necesaria la implicación de las CC.AA. y de los sindicatos, pero no basta con ello. Esto no será posible en tanto en cuanto no se alcance un gran pacto por la sanidad, y deje así de ser utilizada por unos y por otros como un elemento más de captación de votos.

En una de mis últimas intervenciones ante la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, un representante político me hablaba de la necesidad de un acuerdo entre sindicatos y de una acción sindical conjunta. No cejó en su postura hasta que le expuse que lo que yo echaba de menos —y no era original— era que ellos, los políticos de diferentes signos, no fueran capaces de llegar a un gran acuerdo por la sanidad y la asistencia sanitaria y dejaran de utilizarla como un arma arrojada entre ellos, porque, cuando dos grandes se pegan quien recibe el golpe es siempre un tercero, en este caso los trabajadores de la sanidad y los propios pacientes, que, a su vez, descargan su descontento en el médico.

Si fueran capaces de hacer realidad esto que hoy es una simple utopía, dejaríamos todos de estar al albur de lo que ocurra cada 4 años.

