

Diálogo social y negociación colectiva en el sector hospitalario durante la pandemia de COVID-19

(Versión traducida y adaptada por la Secretaría de Políticas Europeas de UGT)

Resumen ejecutivo

Introducción

Este informe analiza el papel del diálogo social y la negociación colectiva a la hora de abordar los retos creados o exacerbados por la pandemia del COVID-19 en el sector hospitalario. También explora si las prácticas y procesos de diálogo social y negociación colectiva existentes en el sector se adaptaron o modificaron para hacer frente a estos retos.

La investigación consta de dos partes. En primer lugar, una revisión bibliográfica caracteriza y contextualiza las características estructurales del sector hospitalario en el momento en que se produjo la pandemia. A continuación se realiza un análisis cualitativo de la información recogida a través de la Red de Corresponsales de Eurofound.

Contexto político de la UE

El sector sanitario, y los hospitales en particular, se vieron gravemente afectados por la pandemia de COVID-19 al tiempo que desempeñaban un papel clave en su contención. La mayoría de los países tuvieron que aumentar rápidamente la capacidad de reacción de sus sistemas sanitarios. Esto fue especialmente difícil para los países que ya estaban tratando de hacer frente a la escasez de personal o a la reducción de la capacidad hospitalaria. La respuesta a la **pandemia también exigió esfuerzos adicionales a un personal sanitario que, en cierta medida, ya había experimentado un deterioro de sus condiciones de trabajo.**

El sector sanitario de la UE ha sufrido una **importante reestructuración en las últimas décadas**, especialmente con la aplicación de políticas de austeridad tras la crisis financiera de 2007-2008. Estas políticas **han ampliado las diferencias de perspectivas y oportunidades de**

empleo entre países y han incentivado la movilidad internacional del personal sanitario. Las reformas sanitarias cambiaron el panorama del sector, con la expansión de la prestación de asistencia sanitaria privada y una mayor fragmentación de las condiciones laborales y la representación de intereses en el sector. Sin embargo, el marco estratégico de la UE sobre salud y seguridad en el trabajo 2021-2027 reconoce la **necesidad de contar con sectores sanitarios y hospitalarios fuertes para garantizar la preparación de los Estados miembros ante futuras crisis sanitarias.**

Principales resultados

Todos los Estados miembros de la UE y Noruega tuvieron que ampliar en cierta medida su capacidad hospitalaria para satisfacer la creciente demanda de servicios sanitarios a corto plazo durante la pandemia. La mayoría de ellos adoptaron estrategias similares para lograrlo, como modificar los horarios de trabajo, transferir personal entre centros sanitarios, movilizar recursos del sector privado y contratar trabajadores extranjeros.

La aplicación de estas medidas requirió a menudo la adopción de legislación de emergencia, pero la escala y **el alcance de la participación de los interlocutores sociales en la elaboración de esta legislación varió en toda Europa.** El diálogo social y la negociación colectiva desempeñaron un papel destacado a la hora de abordar estos retos en países con instituciones de diálogo social bien establecidas y una larga tradición de cooperación entre los interlocutores sociales: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos y Suecia. En países en los que la negociación colectiva está comparativamente menos arraigada, como Bulgaria, Chipre, Chequia, Estonia y Malta, los esfuerzos por contener la pandemia también propiciaron una colaboración más estrecha entre los interlocutores sociales.

En otros países, los interlocutores sociales desempeñaron un papel limitado en la gestión de la respuesta a la pandemia. Este fue el caso de los países más afectados por la aplicación de medidas de austeridad en el sector sanitario tras la crisis financiera de 2007-2008: Grecia, Portugal y **España.** Sus sistemas sanitarios no se habían recuperado totalmente de los recortes de personal y la congelación salarial de ese periodo. **Los gobiernos de estos países promulgaron leyes sin buscar la participación de los interlocutores sociales.** Además, en Hungría, las políticas gubernamentales restringieron el papel del diálogo social y la

negociación colectiva en el sector al redefinir el estatus contractual de los médicos públicos, mientras que en Lituania, el Gobierno intentó restringir la influencia de los sindicatos y el alcance de la negociación colectiva.

Aunque no se identificaron cambios sustanciales en relación con las instituciones y los procesos de diálogo social, la extensión de los temas se amplió más allá de las condiciones tradicionales de empleo y trabajo. La participación de los interlocutores sociales siguió siendo más significativa en relación con cuestiones que tradicionalmente son competencia de la negociación colectiva y el diálogo social, como los salarios y el pago de primas. No obstante, hay pruebas de su participación en cuestiones más amplias, como la adaptación de la organización del trabajo para garantizar una mayor capacidad, la reasignación de personal y la protección de la salud y la seguridad del personal. Aunque su participación se limitó en general a los procedimientos de información y consulta, la aplicación de estas medidas requirió la cooperación de los interlocutores sociales, lo que **dio lugar a un aumento de las interacciones a escala nacional, regional y local.**

Por último, la pandemia puso de manifiesto o exacerbó algunos problemas para los que los interlocutores sociales no pudieron encontrar soluciones conjuntas o que sólo abordaron parcialmente. Entre ellos se incluyen las **disparidades salariales entre ocupaciones y grupos de trabajadores**, por ejemplo, que pueden haberse visto agravadas por la distribución desigual de las primas relacionadas con la COVID-19 o **la incapacidad para satisfacer las demandas de aumentos salariales** en reconocimiento de los esfuerzos de los trabajadores. La pandemia también **exacerbó la escasez de personal existente y los problemas de retención del personal**, que están relacionados con la creciente **evidencia de agotamiento asociado a los altos niveles de estrés y las pesadas cargas de trabajo.**

Indicadores políticos

- La pandemia demostró que **los países con sistemas de diálogo social bien establecidos estaban mejor y más rápidamente capacitados para desarrollar respuestas.** Más allá de las cuestiones que tradicionalmente se abordan a través de la negociación colectiva y el diálogo social, **la participación continua de los sindicatos y las organizaciones**

empresariales sería beneficiosa para abordar cuestiones como la escasez de personal y las prioridades de inversión que la pandemia puso aún más de relieve.

- **Las disparidades salariales existen desde hace tiempo en el sector sanitario, pero la pandemia las exacerbó.** En muchos casos, la distribución de primas únicas relacionadas con la COVID-19 excluyó al personal no médico y a los trabajadores del sector privado, lo que reforzó las desigualdades salariales existentes en el sector. Esto generó tensiones y conflictos que pueden poner en peligro la capacidad del sector para responder a futuras crisis sanitarias. El diálogo social y la negociación colectiva podrían estar más orientados a abordar las desigualdades salariales.
- El diálogo social y la negociación colectiva **también deberían dar prioridad a las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo.** En un esfuerzo por garantizar mayores niveles de retención del personal, debe prestarse especial atención a la elevada prevalencia de los riesgos psicosociales y al riesgo de agotamiento.
- Las medidas para abordar los retos a medio y largo plazo a los que se enfrenta el sector en relación con la contratación, la retención y la preparación para las crisis deben desarrollarse en un contexto más amplio de inversión financiera adecuada en el sector sanitario. Los interlocutores sociales podrían contribuir a encontrar soluciones equilibradas a estos problemas, pero **sus respuestas estarán supeditadas a las políticas fiscales que se adopten tras la pandemia,** que deberían evitar agravar los problemas existentes en el sector.

Conclusiones

La pandemia de COVID-19 supuso un reto sin precedentes para los sistemas sanitarios y puso de manifiesto las **disparidades existentes en los efectivos sanitarios de toda Europa.** A pesar de estas disparidades, los estudios sobre las respuestas políticas a la pandemia **no han identificado patrones distintivos en relación con la financiación, la provisión y la gobernanza del personal de los sistemas sanitarios nacionales** (Bureau et al, 2021). Esto se debe principalmente a la naturaleza excepcional de la pandemia, que requirió la aplicación de medidas de emergencia similares en todos los países. El impacto en el sector hospitalario, en primera línea de la lucha contra el COVID-19, fue especialmente intenso. Todos los países

tuvieron que ampliar rápidamente la capacidad hospitalaria para satisfacer la creciente demanda de asistencia sanitaria.

Este informe ha analizado el grado de participación de los interlocutores sociales a escala nacional, a través del diálogo social o la negociación colectiva, en el desarrollo y la aplicación de medidas para hacer frente a los retos creados por la pandemia en el sector hospitalario. Dado que el sector hospitalario difiere sustancialmente de un país a otro, la discusión de los resultados se enmarcó en la tipología de configuraciones nacionales de democracia industrial desarrollada por Eurofound: corporativismo organizado, colaboración social, gobernanza asociativa centrada en el Estado, gobernanza centrada en la empresa, gobernanza asociativa voluntarista y gobernanza orientada al mercado.

Los resultados de la investigación muestran diferencias relevantes entre países. **El diálogo social y la negociación colectiva desempeñaron un papel destacado a la hora de abordar algunos de los retos planteados por la pandemia en países con instituciones de diálogo social bien establecidas y una larga tradición de cooperación entre los interlocutores sociales.** Este es el caso de los países pertenecientes a los grupos de democracia industrial del corporativismo organizado (Dinamarca, Finlandia, Alemania, Noruega y Suecia) y la cooperación social (Austria, Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos).

Dentro del grupo del corporativismo organizado, las instituciones existentes en los países nórdicos proporcionaron un marco para la participación de los interlocutores sociales y para la negociación de los cambios en la organización del trabajo necesarios para hacer frente a la situación de emergencia. En Alemania, dentro del mismo clúster, y en Bélgica, dentro del clúster de colaboración social, el papel positivo del diálogo social se reflejó en el acuerdo sobre aumentos salariales en las rondas periódicas de negociación colectiva y en la asignación de financiación y recursos adicionales a los hospitales.

Se produjeron algunos avances significativos en países en los que la gobernanza de la negociación colectiva depende más de la intervención estatal, como los países que forman parte del grupo de gobernanza asociativa centrada en el Estado (Francia, Italia y Eslovenia). Por ejemplo, en Italia, la renovación del convenio colectivo nacional del sector privado tuvo lugar tras un largo periodo de estancamiento de la negociación colectiva. Mientras tanto, en Francia, se puso en marcha un importante proceso de diálogo social por iniciativa

gubernamental tras un periodo de intensa actividad huelguística, que proporcionó aumentos salariales generales en los sectores sanitario y de asistencia social.

Se produjeron acontecimientos similares en países en los que la regulación que descansa sobre el diálogo social y la negociación colectiva está, en general, comparativamente menos desarrollada, como Bulgaria, Chipre, Chequia y Malta (en el grupo de gobernanza voluntaria basada en la empresa) y Estonia (en el grupo de gobernanza orientada al mercado).

Por el contrario, **los informes de otros países señalan el papel limitado de los interlocutores sociales en la gestión de la respuesta a la pandemia. Este es el caso, en particular, de los países más afectados por la aplicación de medidas de austeridad en el sector sanitario** tras la crisis financiera de 2007-2008, a saber, Grecia, Portugal y **España**, donde los sistemas sanitarios no se habían recuperado totalmente de los recortes de personal y la congelación salarial. **Los gobiernos de estos países optaron por promulgar legislación** para hacer frente a la pandemia del COVID-19 **sin solicitar la participación de los interlocutores sociales**. También se destacaron Hungría y Lituania, donde las intervenciones gubernamentales amortiguaron el papel del diálogo social y la negociación colectiva en el sector.

Este informe también ha explorado hasta qué punto los procesos existentes de diálogo social y negociación colectiva en el sector hospitalario tuvieron que adaptarse o cambiar para abordar los retos que surgieron a raíz de la pandemia. Los resultados del análisis de las contribuciones nacionales concuerdan con investigaciones anteriores que muestran que **la participación de los interlocutores sociales fue más pronunciada en lo que respecta a las cuestiones tradicionalmente tratadas a través de las instituciones de negociación colectiva y diálogo social, como la regulación del empleo, las cuestiones salariales y el tiempo de trabajo**. De hecho, la mayoría de los ejemplos de cuestiones tratadas en negociaciones y acuerdos formales entre los interlocutores sociales se refieren a la evolución salarial, ya sean compensaciones ad hoc relacionadas con la pandemia (como el pago de primas) o incrementos salariales en rondas periódicas de negociación colectiva.

Sin embargo, **también hay pruebas de la participación de los interlocutores sociales en temas que van más allá de las cuestiones laborales tradicionales**. En este sentido, los resultados muestran que **la necesidad de garantizar la capacidad de la mano de obra en los hospitales a menudo requería la participación de los interlocutores sociales** en acuerdos para adaptar las prácticas de organización del trabajo, reasignar el personal y aplicar otras medidas

relacionadas con la protección de la salud y la seguridad del personal. En unos pocos casos, los interlocutores sociales también participaron en iniciativas relacionadas con nuevas inversiones en personal o tecnologías. Aunque en general se limitaron a procedimientos de información y consulta, la aplicación de estas medidas exigió la cooperación entre los interlocutores sociales, lo que se tradujo en un aumento de las interacciones a distintos niveles (local, regional y nacional).

Por último, hay problemas planteados o agravados por la pandemia para los que los interlocutores sociales **no pudieron encontrar soluciones conjuntas o que sólo se abordaron parcialmente**. Está, por ejemplo, **el problema de las disparidades salariales entre ocupaciones y grupos de trabajadores** dentro de la plantilla de los hospitales. Las disparidades salariales existen desde hace tiempo en el sector sanitario, pero **la pandemia las exacerbó**. En este sentido, la investigación ha demostrado que, en muchos casos, la distribución de las primas relacionadas con la COVID-19 tuvo como consecuencia la exclusión de determinados grupos de trabajadores. Esto reforzó las desigualdades salariales existentes entre el personal médico y no médico en ocupaciones auxiliares, pero también entre el personal médico, dependiendo de los criterios de elegibilidad y de su aplicación por parte de las autoridades públicas. En la práctica, **hubo diferencias significativas en la cobertura de estos pagos y en los importes abonados a los trabajadores entre regiones y entre las partes pública y privada del sector** (véase EPSU, 2022).

Los informes de las rondas periódicas de negociación colectiva en varios países (como Estonia, Finlandia y Polonia) muestran las tensiones derivadas de las peticiones de aumento salarial y reconocimiento profesional por parte de los sindicatos que representan al personal médico con salarios más bajos. En Finlandia, los sindicatos de enfermeros solicitaron aumentos salariales superiores a la media nacional y la inclusión de primas en el convenio colectivo, pero estas demandas no fueron atendidas.

En Estonia, las tensiones en torno a los aumentos salariales llevaron a los sindicatos de enfermeros a no firmar la renovación del convenio sectorial en 2021, pese a formar parte de él desde hace años. En Polonia, los sindicatos de enfermeras y matronas protestaron contra la propuesta del Gobierno de modificar el método de determinación de los salarios básicos para determinados grupos profesionales empleados en centros sanitarios, mientras que la confederación nacional de sindicatos apoyó esta propuesta.

La pandemia ha agravado la escasez de personal existente y probablemente provocará un aumento de la competencia internacional para la contratación de personal sanitario, en particular de enfermería (Buchan et al, 2021a). También puede repercutir en la retención del personal, ya que cada vez hay más pruebas de síntomas de agotamiento debido a los elevados niveles de estrés y a la carga de trabajo, a menudo asociados a la intención de abandonar el sector. Los datos de anteriores recesiones económicas indican que los países que no consiguen satisfacer las demandas de los trabajadores y los sindicatos de mejores salarios o una dotación de personal adecuada tienen más probabilidades de enfrentarse a una "fuga de cerebros" del personal médico debido al aumento de las opciones de salida y a la **búsqueda de mejores oportunidades en el sector privado o en el extranjero (Russo et al, 2021).**

La medida en que estos retos pueden abordarse con éxito a través del diálogo social y la negociación colectiva no está determinada únicamente por el contexto de las relaciones laborales y los actores. **Los futuros resultados del diálogo social y la negociación colectiva también dependerán de las políticas fiscales adoptadas tras la crisis. Se espera que éstas limiten las posibilidades de acuerdo,** como demuestran las dificultades para desarrollar iniciativas de diálogo social en los países del sur de Europa más afectados por las consecuencias de la austeridad.

Los datos recogidos confirman que, **allí donde el diálogo social y la negociación colectiva han desempeñado un papel destacado** a la hora de abordar los retos experimentados por el sector hospitalario durante la pandemia de COVID-19, **las respuestas han sido más contundentes y rápidas.** Esto sugiere que **un sector hospitalario fuerte,** que aumente la preparación de la UE ante posibles crisis sanitarias futuras, **depende de un diálogo social y una negociación colectiva sanos y operativos.**