

---

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Programa de Actividades Sectoriales

## **El diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia**

Informe para el debate de la  
Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de  
salud:  
instituciones, capacidad y eficacia

Ginebra, 2002

---

## Indice

	<i>Página</i>
Agradecimientos.....	v
Introducción .....	1
Antecedentes de la Reunión .....	1
Antecedentes del informe.....	1
Estructura del informe.....	2
1. Acontecimientos recientes en el sector de la salud: el contexto del diálogo social.....	3
1.1. Instituciones y estructuras de los servicios de salud.....	3
1.1.1. El sector público en los servicios de salud.....	3
1.1.2. El sector privado en los servicios de salud .....	5
1.2. Gestión de los servicios de salud .....	6
1.3. El desarrollo del mercado de trabajo en los servicios de salud.....	8
1.3.1. Tendencias del empleo a nivel nacional .....	8
1.3.2. Mercados de trabajo mundializados y migración.....	19
1.4. Financiación de la asistencia sanitaria .....	22
2. Instituciones, capacidad y eficacia de los interlocutores sociales en el diálogo social.....	25
2.1. El diálogo social como método de relaciones laborales .....	25
2.2. Categorías y tipos de instituciones en el diálogo social.....	28
2.3. Estructuras de gobierno .....	32
2.4. Los empleadores y sus organizaciones en los servicios de salud .....	37
2.5. Los trabajadores de la salud y sus organizaciones.....	40
2.6. Capacidad de diálogo social: condiciones y criterios .....	47
2.7. Indicadores de eficacia del diálogo social .....	50
2.8. Ejemplos de eficacia: casos de buenas prácticas .....	51
2.8.1. Brasil: descentralización .....	51
2.8.2. Canadá (provincia de Saskatchewan): igualdad de oportunidades .....	56
2.8.3. Chile: reforma del sector de la salud.....	58
3. Un posible marco para reforzar el diálogo social en el sector de la salud: puntos propuestos para discusión.....	66
3.1. Acción de la OIT para el fortalecimiento del diálogo social y relación de esa acción con los servicios de salud .....	66
3.2. Puntos propuestos para la discusión .....	72
Los servicios de salud y el entendimiento del diálogo social.....	72
Los servicios de salud y la participación en el diálogo social.....	74

---

## **Agradecimientos**

Este informe ha sido elaborado por la Sra. Gabriele Ullrich, funcionaria superior responsable del sector de servicios de salud del Departamento de Actividades Sectoriales de la OIT. Los datos estadísticos, cuadros y cifras sobre los efectos en el empleo han sido aportados por los Sres. Messaoud Hammouya y Eivind Hoffmann, de la Oficina de Estadística de la OIT. La sección 2.8 del informe se basa sobre todo en los trabajos preparatorios de investigación realizados para la OIT por la Sra. Jane Lethbridge.

---

## Introducción

El presente informe ha sido elaborado por la Oficina Internacional del Trabajo para que sirva de base a los debates de la Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia, que se celebrará en Ginebra del 21 al 25 de octubre de 2002.

## Antecedentes de la Reunión

En su 279.<sup>a</sup> reunión (noviembre de 2000), el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo decidió que entre las reuniones del Programa de Actividades Sectoriales para 2002-2003 se incluyese la Reunión sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia. En su 282.<sup>a</sup> reunión, (noviembre de 2001) el Consejo de Administración decidió que el objeto de la Reunión fuese dar lugar a un intercambio de opiniones sobre las nuevas estructuras y planteamientos de los servicios de salud, y sobre la manera en que éstos afectan la capacidad y eficacia de los interlocutores sociales en el diálogo social. La Reunión señalaría también un marco sobre la manera en que podría reforzarse el diálogo social, utilizando un informe elaborado por la Oficina como base para sus discusiones. Además, la Reunión podría adoptar conclusiones que incluyan directrices prácticas para fortalecer el diálogo social y propuestas de acción por parte de los gobiernos, organizaciones de empleadores y de trabajadores en el ámbito nacional, así como de la OIT, y adopten un informe sobre sus discusiones. La Reunión podrá también adoptar resoluciones. Por otra parte, el Consejo de Administración decidió que la Reunión fuese paritaria (con los gobiernos, en calidad de empleadores públicos, y los representantes de los trabajadores), pero con la participación de algunos representantes de los empleadores privados. En esa misma ocasión, se decidió invitar a los gobiernos de una selección de 18 países. El Consejo de Administración decidió también designar a nueve representantes de los empleadores del sector privado y a 27 representantes de los trabajadores sobre la base de las propuestas presentadas por los respectivos grupos del Consejo de Administración. En su 283.<sup>a</sup> reunión (marzo de 2002), el Consejo de Administración decidió invitar a la reunión a todos los gobiernos interesados.

Esta Reunión forma parte del Programa de Actividades Sectoriales de la OIT, cuyo objeto es facilitar el intercambio de informaciones entre los mandantes, en relación con las cuestiones laborales y sociales que tienen importancia para determinados sectores económicos, intercambio que se complementa con trabajos prácticos de investigación sobre temas sectoriales de actualidad. Se ha tratado de alcanzar este objetivo a través (entre otras cosas) de la celebración de reuniones tripartitas internacionales o de reuniones tripartitas sectoriales al objeto de: promover una más amplia comprensión de los problemas y cuestiones de carácter sectorial; fomentar un consenso internacional tripartito en relación con los intereses sectoriales y brindar orientaciones para las políticas y medidas de alcance nacional e internacional destinadas a abordar las cuestiones y los problemas conexos; impulsar la armonización de todas las actividades sectoriales de la OIT y actuar como centro coordinador entre la Oficina y sus mandantes, y proporcionar a estos últimos asesoramiento técnico, asistencia práctica y apoyo para facilitar la aplicación de las normas internacionales del trabajo en los diversos sectores económicos.

## Antecedentes del informe

Durante muchos años, la preocupación por la salud pública y el aumento del coste de los servicios de salud han convertido a este sector en uno de los que más debates políticos ha generado. Hasta hace poco no se había reconocido el papel esencial de los interlocutores

---

sociales, del Estado, de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, y el diálogo social entre todos ellos en este marco. En 1998, la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud concluyó que deberían desarrollarse políticas para el diálogo social en el contexto de los procesos de reforma del sector de la salud, ya que las mejores reformas se logran mediante dicho diálogo social<sup>1</sup>. Ya el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149), contemplaba que «una política de servicios y de personal de enfermería que, en el marco de una programación general de los servicios de salud... deberá formularse en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas» (artículo 2).

Ahora ya se ha generalizado el reconocimiento de la necesidad del diálogo social para innovar y desarrollar procesos de reforma en muchas áreas del sector de la salud y mejorar así los servicios de salud y los efectos sobre la salud pública. Ello no obstante, en lo que se refiere a los servicios de salud, sigue siendo necesario reforzar las instituciones y la capacidad para el diálogo social.

## Estructura del informe

El capítulo 1 ofrece una visión general de algunas de las cuestiones esenciales del sector de la salud que afectan al diálogo social en muchos países. El capítulo se refiere, en concreto, a los cambios y a las reformas de las instituciones de los servicios de salud, a las nuevas modalidades de gestión en el sector, a las tendencias nacionales e internacionales en materia de empleo en los servicios de salud, y a las cuestiones relacionadas con la financiación de la prestación de los servicios de salud. El capítulo 2 reseña los diversos enfoques del diálogo social y las instituciones necesarias para su desarrollo. El papel de los interlocutores sociales (gobiernos y organizaciones de empleadores y trabajadores) y las dificultades para el diálogo social se ilustran con algunos ejemplos de los países. Se describen algunos requisitos previos para mejorar la capacidad para el diálogo social, así como indicadores para evaluar la eficacia del diálogo social en los servicios de salud. El capítulo concluye con detallados ejemplos de buenas prácticas de diálogo social en los servicios de salud en Brasil, Canadá, Chile y el Reino Unido. El capítulo 3 introduce el planteamiento de la OIT para reforzar el diálogo social en general y los servicios de salud en particular, y una serie de puntos propuestos para la discusión con miras a diseñar un marco para reforzar el diálogo social en los servicios de la salud.

<sup>1</sup> OIT: *Nota sobre las labores* de la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, 1998, pág. 26.

---

## **1. Acontecimientos recientes en el sector de la salud: el contexto del diálogo social**

Dada la complejidad de estas cuestiones y la limitada extensión del presente informe, no se puede pretender que este capítulo ofrezca una descripción exhaustiva de todos los acontecimientos que se están produciendo en el sector de la salud y que repercuten en el diálogo social. Ello no obstante, en los párrafos siguientes se destacarán algunos de los ámbitos prioritarios del diálogo social con el fin de esbozar una idea general del entorno en el que tiene lugar el diálogo social.

### **1.1. Instituciones y estructuras de los servicios de salud**

En muchos países las estructuras (frecuentemente monolíticas) de los servicios públicos nacionales de salud, con ramificaciones regionales y locales, han evolucionado en los últimos dos decenios hacia unos sistemas nacionales de salud más variados y complejos. La descentralización de los sistemas públicos de salud se ha traducido en una mayor autonomía en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad de las administraciones locales en la provisión de servicios de atención sanitaria. Pero en muchos casos la transferencia de funciones no ha ido acompañada de la correspondiente transferencia de recursos presupuestarios. En general, se ha recurrido a la privatización con la intención de mejorar la eficacia en la provisión de servicios de salud de calidad o simplemente de resolver los problemas financieros de las administraciones locales, que a menudo no pueden proporcionar los fondos necesarios a las instituciones encargadas de los servicios de salud. Existen asimismo países con una larga tradición de instituciones privadas de atención sanitaria, con frecuencia en el sector no lucrativo. Al mismo tiempo se han ido desarrollando mercados de atención sanitaria mundializados, lo cual se ha traducido en fusiones y adquisiciones realizadas por empresas internacionales de salud o de otro tipo de servicios (del sector lucrativo) así como por compañías de seguros de salud. El desafío que tienen ante sí los interlocutores sociales es desarrollar estructuras que puedan proporcionar servicios de salud eficaces y de calidad al público, ofreciendo al mismo tiempo empleo y condiciones de trabajo decentes al personal, lo que influye a su vez en la calidad de los servicios.

#### **1.1.1. El sector público en los servicios de salud**

En el sector público de la salud la descentralización es una tendencia muy destacada en todas las regiones geográficas, y su inicio se remonta a la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>1</sup> sobre atención primaria de salud y a las actividades de seguimiento destinadas a propiciar unos servicios de salud más orientados a la atención primaria. El proceso de democratización en América Latina y África a principios del decenio de 1990 y la transferencia de autoridad política a niveles de gobierno inferiores supuso un nuevo impulso. En los países industrializados, la descentralización se ha orientado más a la transferencia de funciones de gestión y a la ampliación del papel de los usuarios en la provisión de los servicios. En general, en países más grandes con centros dispersos de población ha cobrado importancia el papel de las administraciones provinciales y locales.

<sup>1</sup> Adoptada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

---

Esta pauta predomina asimismo en países con estructura de gobierno federal<sup>2</sup>. Existen diferentes factores políticos, sociales y económicos que pueden impulsar la descentralización en el sector de la salud, con frecuencia combinada con una reforma más general de los servicios públicos. La transferencia de funciones administrativas a niveles gubernamentales inferiores incluye, en la mayoría de los casos, a los recursos humanos de los servicios de salud y, por consiguiente, repercute en las cuestiones de diálogo social.

En los últimos años la descentralización de los servicios de salud se ha llevado a cabo a menudo como parte integrante de las reformas del sector de la salud. La transferencia de recursos humanos a los niveles descentralizados supone un proceso muy complejo que requiere información adecuada sobre el personal y cooperación entre los diferentes niveles de gobierno, las organizaciones de trabajadores de la salud y los órganos de registro de los profesionales de la atención sanitaria<sup>3</sup>. Los problemas más críticos en lo que respecta al diálogo social son las diferencias salariales y de prestaciones del personal de los diferentes niveles de gobierno. Para que la descentralización tenga éxito es necesario definir claramente las nuevas estructuras orgánicas, así como sus funciones y responsabilidades. La descentralización suele llevarse a cabo precipitadamente y sin ser comunicada adecuadamente a las diferentes instituciones afectadas. En Nueva Zelanda, país en el que se está iniciando la descentralización de funciones de los servicios de salud a las juntas de salud de distrito, el proceso se está llevando a cabo a través del diálogo social y ha conducido recientemente a un acuerdo tripartito sobre las condiciones de trabajo del personal de enfermería de tres de estas juntas en Auckland. Ello ha implicado un fuerte compromiso por parte de todos los interlocutores sociales.

#### Recuadro 1.1

##### Compromiso por unas relaciones laborales de cooperación en la Junta de Salud del Distrito de Waitemata (Nueva Zelanda)

Todas las partes se han comprometido seriamente en este proceso y esperan conseguir resultados significativos, notables y duraderos para el personal de enfermería en relación con el volumen de trabajo, la dotación de la plantilla, las posibilidades de promoción, la gestión del estrés y los aumentos salariales acordados. El compromiso de la Ministra de Salud es tal que ha publicado recientemente una vacante para un puesto de asesor especialista en relaciones laborales dentro del Ministerio de Salud para promover iniciativas de este tipo a nivel nacional. Esta medida da fe de la voluntad de este Gobierno de colaborar con los sindicatos y los empleadores del sector de la salud para lograr un cierto grado de previsibilidad de la oferta de mano de obra y unas relaciones laborales de cooperación en dicho sector. La Asociación de Funcionarios ha sido promotora de estos acuerdos de colaboración en Nueva Zelanda, pero la Organización de Enfermeras de Nueva Zelanda de la región de Auckland se ha sumado a la iniciativa con la mayor prontitud dada la potencial importancia de los resultados para sus miembros tanto de Auckland como del resto del país.

Fuente: Maryan Street, Directora de Relaciones con el Personal, Junta de Salud del Distrito de Waitemata, Auckland (Nueva Zelanda), marzo de 2002.

La descentralización a unidades operativas relativamente pequeñas de los servicios de salud a niveles locales de gobierno plantea otro desafío: la pérdida de economías de escala en la provisión o compra de servicios. En los países industrializados esto ha incitado a los establecimientos de salud a subcontratar ciertos servicios, como los de limpieza, comidas y

<sup>2</sup> OIT: *La incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales*, Informe para el debate de la Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales, Ginebra, 2001, págs. 18-19.

<sup>3</sup> R.-L. Kolehmainen-Aitken: «Decentralization and human resources: Implications and impact», en *Human Resources for Health Development Journal* (Bangkok), vol. 2(1), enero-abril de 1998, págs. 1-16.

---

tecnología de la información. Al mismo tiempo, los establecimientos públicos de salud han formado grupos, redes o cooperativas con el fin de lograr economías de escala a la hora de comprar bienes y servicios. En Alemania, por ejemplo, un grupo de 25 hospitales municipales con unas 17.000 camas fundó una cooperativa de servicios médicos en 1999. Ya en su primer año de existencia se firmaron contratos marco con 56 empresas proveedoras<sup>4</sup>. Tanto los acuerdos de subcontratación como los de constitución de redes influyen en las relaciones entre los interlocutores sociales y, por consiguiente, son cuestiones de diálogo social.

### **1.1.2. El sector privado en los servicios de salud**

La prestación de servicios de salud privados suele asociarse con grandes empresas nacionales y multinacionales de atención sanitaria. Por ejemplo, en 1997 Columbia/HCA Healthcare Corp. era el séptimo empleador más importante del sector privado en Estados Unidos, con unos ingresos anuales de 20.000 millones de dólares<sup>5</sup>. Sin embargo, el panorama institucional en el sector privado de la salud es tan variado como el de los servicios públicos de salud, e incluye en realidad tanto organizaciones comerciales como no lucrativas. Estas últimas<sup>6</sup> han sido siempre numerosas en el sector privado, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Además, los servicios primarios de atención sanitaria son con frecuencia dispensados por profesionales de la salud por cuenta propia. Estos diversos proveedores del sector privado de la salud también cooperan entre sí y con el sector público.

En el sector comercial de los servicios privados de salud existen desde hace tiempo grandes empresas nacionales y transnacionales. En Estados Unidos, por ejemplo, Kaiser Permanente, fundada en 1945, emplea en la actualidad a más de 100.000 personas. El Reino Unido, que posee el mayor sistema público nacional de salud, cuenta también desde hace años con grandes empresas privadas de salud de alcance internacional. Por ejemplo, BUPA, fundada en 1947 bajo el nombre de British United Provident Association, emplea en la actualidad a unas 40.000 personas en el Reino Unido y a unas 1.500 en el extranjero. Otra empresa, PPP Healthcare, fundada en 1940, es hoy miembro del grupo mundial AXA. Se han creado otras asociaciones entre los establecimientos de salud y las compañías de seguros, lo que a veces ha dado lugar al establecimiento de cadenas y redes de hospitales.

Desde el decenio de 1990, el sector no lucrativo en general ha sido objeto de investigación por el Centro de Estudios de la Sociedad Civil de la Universidad Johns Hopkins. En colaboración con instituciones asociadas de 40 países, el Centro está realizando el Proyecto de estudio comparativo del sector no lucrativo<sup>7</sup> con el fin de

<sup>4</sup> B. Simmler: «Der Bedarf kooperativer Neugründungen», en H.-H. Münkner (director de la publicación): *Innovative Kraft organisierter Selbsthilfe: Fachgespräch zwischen Theorie und Praxis* (Marburg, Marburg Consult für Selbsthilfeförderung, 2001), págs. 107-108.

<sup>5</sup> S. Lutz; E. Preston Gee: *Colombia/HCA: Health care on overdrive* (New York, McGraw-Hill, 1998).

<sup>6</sup> Las organizaciones no lucrativas se definen en este contexto como organizaciones privadas sin distribución de beneficios, autónomas y voluntarias. Véase L. Salamon; H. Anheier; R. List; S. Toepler; W. Sokolowski, et al.: *Global civil society: Dimensions of the nonprofit sector* (Baltimore, Centro de Estudios de la Sociedad Civil de la Universidad Johns Hopkins, 1999), págs. 3-4.

<sup>7</sup> Esta investigación (inicialmente centrada en 13 países) abarcaba en 2001 unos 40 países, <http://www.jhu.edu/~cnp>.

---

documentar el alcance, la estructura, la financiación y la función de dicho sector. Según los resultados de la investigación en 22 países, los gastos del sector no lucrativo alcanzan un promedio del 4,6 por ciento del producto interior bruto (PIB) de estos países, y un 10 por ciento del total de empleo en todos los sectores de servicios<sup>8</sup>. En el cuadro 1.3 de la sección 1.3 del presente informe puede observarse en qué medida las organizaciones no lucrativas contribuyen al total de empleo en el sector de la salud en algunos países seleccionados.

Las organizaciones de salud del sector no lucrativo se enfrentan hoy en día a problemas derivados de su tamaño relativamente pequeño. Por esta razón, algunas de ellas se están uniendo para formar redes o incluso sociedades anónimas. En Alemania, por ejemplo, un grupo de hospitales de las iglesias protestantes y otros establecimientos de salud de la zona de Frankfurt crearon Agaplesion-AG<sup>9</sup>. Esta importante reestructuración está convirtiéndose en un tema de diálogo social.

La proporción del sector privado dentro de los servicios de salud se ha incrementado con la privatización de establecimientos públicos de salud, las asociaciones público-privadas y la subcontratación. El elemento más importante de la privatización está siendo la subcontratación de servicios específicos. Aunque esta práctica estuvo muy asociada en el pasado a determinados países (especialmente Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos), pocos países han escapado a su aplicación. A pesar de las críticas de diferentes actores, como los usuarios de los servicios, los sindicatos y las agencias internacionales, la subcontratación está siendo considerada seriamente incluso en países que hasta ahora habían dudado en emprender una privatización total (por ejemplo, Dinamarca y Suecia). No obstante, la opinión pública sigue mostrándose reticente ante estos acontecimientos. Aunque el alcance geográfico de la subcontratación es amplio, su volumen en términos de porcentaje de los presupuestos del sector público es relativamente pequeño hasta el momento<sup>10</sup>.

Los profesionales de la salud que trabajan por cuenta propia siguen siendo una parte muy importante del sector privado en muchos países industrializados. Sin embargo, también en este caso la presión hacia una mayor racionalización ha incitado a estos profesionales a formar redes y otros acuerdos colectivos con el fin de lograr economías de escala, especialmente en las funciones de gestión y suministro. Todos los acuerdos institucionales dentro de los servicios de salud resultarán más sostenibles y adaptados si los interesados de estas instituciones participan en un diálogo social constante sobre las políticas institucionales y su influencia.

## 1.2. Gestión de los servicios de salud

Debido a las continuas presiones financieras, los sistemas de salud están buscando métodos de gestión privada y comercial con la intención de mejorar, o al menos mantener, la calidad de los servicios, conteniendo al mismo tiempo los costos. Como el sector es muy intensivo en mano de obra, el mayor desafío de gestión se plantea en el ámbito de los recursos humanos. Ello incluye la gestión del rendimiento y los incentivos pecuniarios o de

<sup>8</sup> L. Salamon y varios, *op. cit.*, pág. 8.

<sup>9</sup> Véase: *Infodienst Krankenhäuser*, núm. 15, marzo de 2002, págs. 40-41.

<sup>10</sup> S. Bach: *Decentralization and privatization in municipal services: The case of health services*, Documento de Trabajo del Programa de Actividades Sectoriales (Ginebra, OIT, 2000), pág. 18.

---

otro tipo para mantener y ampliar las calificaciones del personal existente y atraer a nuevas personas a la profesión.

La demanda de gestión del rendimiento ha surgido con los cambios institucionales descritos en la sección 1.1, principalmente la descentralización y la privatización. La gestión del rendimiento es un concepto de gestión del sector privado cuya adaptación a los servicios de salud es muy reciente y su utilización se limita en gran medida a algunos sistemas nacionales de salud de Europa Occidental y a empresas de gestión coordinada de Estados Unidos y Canadá. La separación que se hizo en estudios anteriores entre los métodos de gestión centrados en la calidad (orientados al servicio) y los que tenían por meta el rendimiento (orientados a los recursos humanos) ha demostrado no ser práctica. Todos los métodos de gestión de los servicios de salud dependen en última instancia de las capacidades, la motivación y el rendimiento de los trabajadores de la salud <sup>11</sup>. No obstante, la gestión del rendimiento puede verse desde la perspectiva del rendimiento de cada trabajador de la salud o de toda la organización <sup>12</sup>. Dentro de esta última perspectiva, la gestión del rendimiento se centra en el logro de objetivos y metas especificados en planes comerciales y operativos y evaluados con indicadores de rendimiento. El rendimiento es el resultado de una serie de factores que influyen en el funcionamiento de las organizaciones de salud, como los recursos humanos y financieros y la organización del trabajo. Para ello, las organizaciones que desean aplicar este método de gestión han de ser independientes a la hora de tomar decisiones. Es necesario que la alta dirección esté formada para aplicar este método, se comprometa a hacerlo y responda de los resultados. La gestión del rendimiento se ha introducido fundamentalmente en el sector privado de los servicios de salud, pero las instituciones públicas descentralizadas pueden, en principio, aplicar este método. Sin embargo, la introducción de la gestión del rendimiento en los sistemas nacionales de salud puede encontrarse con una serie de obstáculos o no ser posible en absoluto, dependiendo de la situación general de los mismos. Un requisito esencial es la existencia de un sector público básico de salud con unos recursos financieros adecuados que posibiliten la obtención de resultados en términos de salud pública con la aplicación de la gestión del rendimiento <sup>13</sup>. Además ha de disponerse de la capacidad necesaria de gestión, planificación y evaluación, así como de oportunidades de formación para que el personal pueda adquirir tales capacidades.

La gestión del rendimiento está estrechamente vinculada a la gestión de la calidad, lo que significa que los indicadores de rendimiento de los servicios de salud tienen que referirse a resultados en términos de salud pública y a normas de calidad públicamente reglamentadas (como las normas de higiene y las aplicables a los laboratorios). Ciertos países han podido introducir normas de calidad de este tipo, algunas de las cuales son incluso internacionalmente comparables (como las normas establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO)). Sin embargo, algunos países en desarrollo se enfrentan a dificultades en este ámbito, ya que los resultados sanitarios y las normas de calidad pueden verse afectados por factores de infraestructura, climáticos o de

<sup>11</sup> Para un panorama general, véase J. Martínez: *Assessing quality, outcome and performance management*, documento de trabajo presentado en el Seminario de la OMS sobre una estrategia mundial para los profesionales de la salud, celebrado en Annecy en 2000.

<sup>12</sup> D. Bandaranayake: *Assessing performance management of human resources for health in South-East Asian countries: Aspects of quality and outcome*, documento de trabajo presentado en el Seminario de la OMS sobre una estrategia mundial para los profesionales de la salud, celebrado en Annecy en 2000.

<sup>13</sup> *Ibíd.*, pág. 16.

---

comunicación que van más allá del control de los profesionales de la salud o del alcance de la estructura organizativa <sup>14</sup>.

Un método de gestión del rendimiento orientado a los resultados en un sector intensivo en mano de obra como el de la salud depende de la motivación del personal y de su rendimiento individual. Ello puede exigir que los trabajadores sean considerados como un valioso recurso y no como un factor de costo. La evaluación del rendimiento individual podría tener lugar dentro del marco de la concesión de incentivos por realizar las tareas acordadas sobre la base de normas de gran calidad que contribuyan al rendimiento organizativo. Los incentivos financieros y materiales, proporcionados en términos de salarios y otras prestaciones, suelen considerarse un instrumento importante para hacer atractiva la evaluación del rendimiento. Ello puede resultar particularmente válido cuando los trabajadores de la salud no perciben una remuneración adecuada. Sin embargo, hoy se pone en duda en qué medida es practicable y justa la remuneración del rendimiento individual, por lo que la gestión moderna del rendimiento está orientándose más a la promoción del trabajo en equipo y de la evolución de la plantilla y al establecimiento de procedimientos de examen de la planificación <sup>15</sup>. Por consiguiente, están adquiriendo importancia otros tipos de incentivos, como la seguridad en el empleo, la mejora de las condiciones de trabajo, las posibilidades de promoción, la participación en la toma de decisiones y en los procedimientos de trabajo en general, la formación y la adquisición de capacidades. Cuando se recurre a la evaluación del rendimiento como instrumento de gestión, ello puede ir asociado a incentivos, pero deben existir asimismo salvaguardias adecuadas frente al posible abuso por parte de los que utilizan dicho instrumento. La responsabilidad de la gestión es requisito indispensable para la gestión del rendimiento de los servicios de salud, y debe ser coherente con la visión general, los objetivos, los planes operativos y los indicadores de las organizaciones o instituciones de salud de que se trate.

Así pues, la gestión del rendimiento puede ser más sostenible si la formulación de la visión, las metas, los planes operativos y la determinación de los indicadores de rendimiento de la organización, así como su aplicación, se convierten en una cuestión de diálogo social.

### **1.3. El desarrollo del mercado de trabajo en los servicios de salud**

Los mercados de trabajo se han desarrollado rápidamente en los servicios de salud a nivel nacional e internacional. Dicho desarrollo es complejo, sin embargo, debido a la gran necesidad de reglamentación de estos servicios (por ejemplo, respecto de la formación profesional y de la habilitación del personal) y a los desequilibrios frecuentes entre la oferta y la demanda, cuyo ajuste suele ser lento. Tales desequilibrios se producen entre servicios de salud públicos y privados, entre grupos profesionales y entre zonas geográficas, tanto dentro de cada país como entre los diferentes países.

#### **1.3.1. Tendencias del empleo a nivel nacional**

Las estadísticas disponibles sobre las tendencias del empleo en los servicios de salud se limitan a un cierto número de años y a algunos países seleccionados. A menudo las estadísticas que pueden obtenerse no distinguen entre los servicios de salud y otros servicios sociales como la educación, o se refieren al sector de los servicios en general. La

<sup>14</sup> *Ibíd.*, págs. 14-15.

<sup>15</sup> J. Martínez, *op. cit.*, págs. 9-13.

aproximación más cercana a las estadísticas de empleo en los servicios de salud se encuentra actualmente en la compilación de estadísticas nacionales de la OIT sobre el empleo por tipo de actividad económica, en la cual una de las principales categorías es «Servicios sociales y de salud»<sup>16</sup>. Sin embargo, desde 1995 algunos países proporcionan estadísticas independientes sobre este sector. Los «servicios sociales» representan sólo una pequeña proporción de esta categoría. Las cifras de los cuadros 1.1 y 1.2 reflejan las tendencias generales del empleo en el sector de la salud.

**Cuadro 1.1. Empleo total y empleo en el sector de los servicios sociales y de salud, por sexos (1995-2000)**

País (o territorio)	Total de empleo (miles)				Empleo en servicios sociales y de salud (miles)			
	1995*		2000**		1995*		2000**	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
<i>Economías desarrolladas (industrializadas)</i>								
Australia	8.218,2	3.540,8	9.009,6	3.947,4	744,4	570,3	849,3	665,3
Austria	3.758,8	1.596,0	3.776,5	1.631,0	279,4	210,8	299,9	224,9
Bélgica	3.712,3	1.538,0	3.847,6	1.645,9	368,4	268,1	413,0	298,9
Canadá	13.505,5	6.109,0	14.909,7	6.860,4	1.396,2	1.119,0	1.526,4	1.237,7
Chipre	–	–	288,6	112,5	–	–	10,4	7,2
Dinamarca	2.609,7	1.161,1	2.692,4	1.232,3	433,0	361,7	458,8	388,3
Finlandia	2.128,0	1.003,0	2.356,0	1.108,0	298,0	263,0	326,0	289,0
Alemania	36.048,0	15.109,0	36.604,0	15.924,0	3.151,0	2.356,0	3.696,0	2.757,0
Grecia	3.823,8	1.371,6	3.946,3	1.489,0	163,1	103,5	183,7	119,8
Islandia	141,8	66,2	156,4	72,8	21,0	18,5	20,6	17,9
Irlanda	1.281,7	482,9	1.591,1	643,9	103,8	78,4	119,9	95,1
Italia	20.233,0	7.007,0	21.225,0	7.764,0	1.234,0	672,0	1.288,0	770,0
Luxemburgo	214,1	–	237,0	–	13,0	–	14,4	–
Países Bajos	6.835,0	2.787,0	7.731,0	3.311,0	929,0	723,0	1.071,0	841,0
Nueva Zelandia	1.735,9	777,9	1.779,0	806,3	126,3	104,2	142,4	117,2
Noruega	2.131,0	977,0	2.269,0	1.057,0	372,0	307,0	402,0	335,0
Portugal	4.441,7	1.968,4	4.921,1	2.213,8	200,4	147,1	243,1	193,1
San Marino	16,3	6,2	18,7	7,3	0,9	0,6	1,0	0,7
España	12.041,9	4.152,8	14.473,7	5.387,1	618,1	432,9	789,3	561,5
Suecia	3.986,0	1.925,0	4.159,0	1.992,0	820,0	716,0	770,0	670,0
Suiza	3.800,0	1.542,0	3.908,0	1.649,0	358,0	268,0	398,0	299,0
Reino Unido	26.026,0	11.628,6	27.442,3	12.303,9	2.754,0	2.240,7	3.014,6	2.413,1
Estados Unidos	117.191,0	56.643,0	131.418,0	63.654,0	11.566,0	9.384,1	13.102,2	10.641,2

<sup>16</sup> La OIT compila estadísticas de conformidad con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU, tercera revisión, 1990), cuya categoría de tabulación N, «Servicios sociales y de salud» incluye la provisión de atención sanitaria de consulta y tratamiento, la provisión de atención a domicilio por razones médicas y sociales y la provisión de servicios de asistencia social, como los de asesoramiento, bienestar social, protección de los niños, hogares y comedores comunitarios, rehabilitación profesional y atención infantil a quienes necesitan dicha asistencia. Se incluye asimismo la provisión de servicios veterinarios. Para obtener más detalles, véase Oficina de Estadística de las Naciones Unidas: *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas*, tercera revisión, Informes Estadísticos, Serie M, núm. 4, Rev. 3 (Nueva York, 1990).

País (o territorio)	Total de empleo (miles)				Empleo en servicios sociales y de salud (miles)			
	1995*		2000**		1995*		2000**	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres	Total	Mujeres
<i>Economías en transición</i>								
Azerbaiyán	-	-	3.704,5	1.767,0	-	-	168,4	95,0
Bulgaria	3.285,9	-	3.072,0		187,2	-	165,1	
Croacia	1.540,3	701,9	1.553,0	704,3	85,0	65,2	91,3	70,1
República Checa	4.995,0	2.187,0	4.751,0	2.064,0	285,0	227,0	294,0	232,0
Estonia	656,1	313,8	608,6	294,8	36,5	30,7	29,8	26,2
Georgia	-	-	1.748,8	814,0	-	-	85,2	58,7
Hungría	3.678,8	1.629,2	3.849,1	1.726,7	231,4	175,2	241,7	182,0
Kazajstán	-	-	6.127,0		-	-	325,9	-
Kirguistán	1.641,7	754,4	1.764,3	792,7	85,1	62,3	85,2	62,9
Letonia	973,0	457,8	966,8	474,8	59,6	47,4	49,7	42,0
Lituania	1.570,7	742,0	1.517,9	758,1	100,3	79,2	102,1	87,3
Moldova, Rep. de			1.514,6	767,2			74,2	60,0
Polonia	14.791,0	6.696,0	14.526,0	6.522,0	975,0	798,0	938,0	773,0
Rumania	11.152,3	5.125,7	10.763,8	4.991,6	345,2	261,2	345,8	280,1
Federación de Rusia	60.021,0	28.467,0	60.408,0	28.884,0	4.176,0	3.416,0	4.333,0	3.555,0
Eslovaquia	2.146,8	953,5	2.101,7	964,4	141,6	113,0	147,9	121,5
Eslovenia	882,0	409,0	892,0	410,0	47,0	37,0	45,0	36,0
Tayikistán	1.853,0	815,0	-	-	88,0	-	-	-
<i>Países y territorios seleccionados de África, Asia y América Latina</i>								
Argentina	7.369,8	2.765,5	8.261,7	3.319,8	434,3	285,4	474,5	320,6
Bolivia	1.848,5	841,6	2.096,0	924,9	55,8	33,5	48,8	27,7
Costa Rica	1.145,0	336,9	1.318,6	416,1	52,8	31,2	51,9	28,2
Egipto	15.830,0	3.017,0	16.750,2	3.139,2	410,4	181,5	531,1	275,9
Israel	1.965,0	834,4	2.221,2	1.009,5	172,4	129,9	213,6	162,5
Corea, Rep. de	20.432,0	8.256,0	21.061,0	8.707,0	303,0	202,0	412,0	289,0
Macao, China	-	-	200,1	96,2	-	-	5,3	3,7
México	33.881,1	10.854,3	38.983,8	13.311,2	786,9	506,1	1.062,6	699,8
Antillas Neerlandesas	54,1	23,6	52,2	24,9	4,2	3,1	4,3	3,5
Panamá	866,7	279,6	961,4	323,4	28,0	18,4	30,8	19,1
Perú	6.130,5	2.508,0	7.128,4	3.060,7	169,7	111,6	169,7	112,6
Emiratos Arabes Unidos	1.311,8	152,1	1.779,0	226,0	23,6	10,9	33,3	16,2

Notas: \* O un año próximo a 1995. \*\* O un año próximo a 2000. - No se dispone de datos.

Fuente: Base de datos de la OIT sobre estadísticas del trabajo (LABORSTA), 2002.

Cuadro 1.2. Tendencias del total de empleo y del empleo en el sector de servicios sociales y de salud, 1995-2000 (porcentajes)

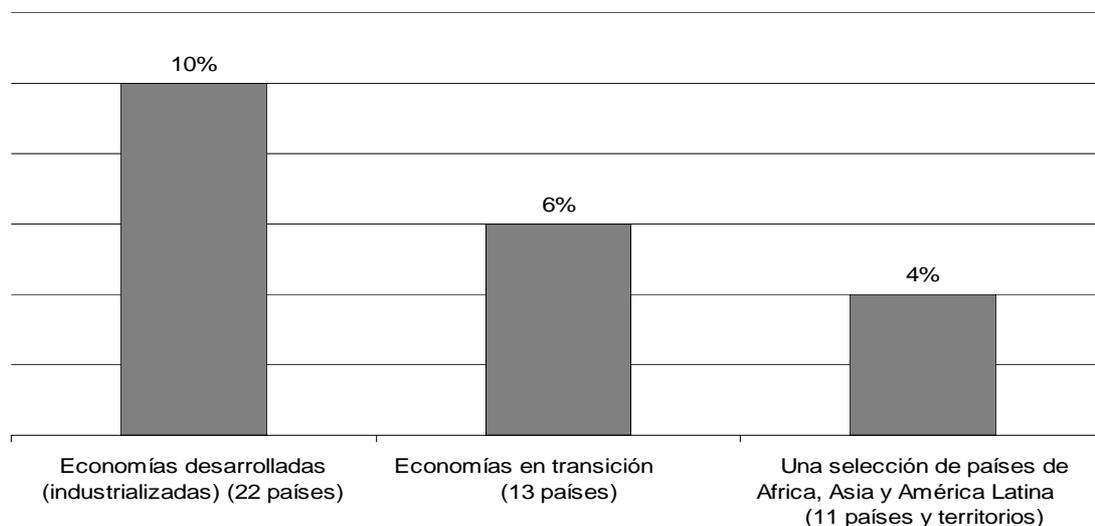
País (o territorio)	Porcentaje del empleo en servicios sociales y de dentro del total de empleo		Porcentaje de mujeres dentro del empleo en servicios sociales y de salud		Indices anuales de crecimiento			
	1995*	2000**	1995*	2000**	Total de empleo		Empleo en servicios sociales y de salud	
					Total	Mujeres	Total	Mujeres
<i>Economías desarrolladas (industrializadas)</i>								
Australia	9,1	9,4	76,6	78,3	1,9	2,2	2,7	3,1
Austria	7,4	7,9	75,4	75,0	0,1	0,4	1,4	1,3
Bélgica	9,9	10,7	72,8	72,4	0,7	1,4	2,3	2,2
Canadá	10,3	10,2	80,1	81,1	2,0	2,3	1,8	2,0
Chipre	–	3,6	–	69,7	–	–	–	–
Dinamarca	16,6	17,0	83,5	84,6	0,6	1,2	1,2	1,4
Finlandia	14,0	13,8	88,3	88,7	2,1	2,0	1,8	1,9
Alemania	8,7	10,1	74,8	74,6	0,3	1,1	3,2	3,2
Grecia	4,3	4,7	63,5	65,2	0,6	1,7	2,4	3,0
Islandia	14,8	13,2	88,1	86,9	2,0	1,9	-0,4	-0,7
Irlanda	8,1	7,5	75,5	79,3	4,4	5,9	2,9	3,9
Italia	6,1	6,1	54,5	59,8	1,0	2,1	0,9	2,8
Luxemburgo	6,1	6,1	–	–	2,1	–	2,1	–
Países Bajos	13,6	13,9	77,8	78,5	2,5	3,5	2,9	3,1
Nueva Zelanda	7,3	8,0	82,5	82,3	0,5	0,7	2,4	2,4
Noruega	17,5	17,7	82,5	83,3	1,3	1,6	1,6	1,8
Portugal	4,5	4,9	73,4	79,5	2,1	2,4	3,9	5,6
San Marino	5,5	5,5	68,0	71,6	2,7	3,3	2,6	3,6
España	5,1	5,5	70,0	71,1	3,7	5,3	5,0	5,3
Suecia	20,6	18,5	87,3	87,0	0,9	0,7	-1,3	-1,3
Suiza	9,4	10,2	74,9	75,1	0,6	1,4	2,1	2,2
Reino Unido	10,6	11,0	81,4	80,0	1,1	1,1	1,8	1,5
Estados Unidos	9,9	10,0	81,1	81,2	2,3	2,4	2,5	2,5
<i>Economías en transición</i>								
Azerbaiyán	–	4,5	–	56,4	–	–	–	–
Bulgaria	5,7	5,4	–	–	-1,3	–	-2,5	–
Croacia	5,5	5,9	76,6	76,8	0,2	0,1	1,4	1,5
República Checa	5,7	6,2	79,6	78,9	-1,0	-1,2	0,6	0,4
Estonia	5,6	4,9	84,1	87,9	-1,5	-1,2	-4,0	-3,1
Georgia	–	4,9	–	68,9	–	–	–	–
Hungría	6,3	6,3	75,7	75,3	0,9	1,2	0,9	0,8
Kazajstán	–	5,3	–	–	–	–	–	–
Kirguistán	5,2	4,8	73,2	73,8	1,5	1,0	0,0	0,2
Letonia	6,1	5,1	79,5	84,5	-0,1	0,7	-3,6	-2,4

País (o territorio)	Porcentaje del empleo en servicios sociales y de dentro del total de empleo		Porcentaje de mujeres dentro del empleo en servicios sociales y de salud		Indices anuales de crecimiento			
					Total de empleo		Empleo en servicios sociales y de salud	
	1995*	2000**	1995*	2000**	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Lituania	6,4	6,7	79,0	85,5	-0,7	0,4	0,4	2,0
Moldova, Rep. de	-	4,9	-	80,9	-	-	-	-
Polonia	6,6	6,5	81,8	82,4	-0,4	-0,5	-0,8	-0,6
Rumania	3,1	3,2	75,6	81,0	-0,7	-0,5	0,0	1,4
Federación de Rusia	7,0	7,2	81,8	82,0	0,1	0,3	0,7	0,8
Eslovaquia	6,6	7,0	79,8	82,2	-0,4	0,2	0,9	1,5
Eslovenia	5,3	5,0	78,7	80,0	0,2	0,0	-0,9	-0,5
Tayikistán	4,7	-	-	-	-	-	-	-
<i>Países y territorios seleccionados de África, Asia y América Latina</i>								
Argentina	5,9	5,7	65,7	67,6	2,3	3,7	1,8	2,4
Bolivia	3,0	2,3	59,9	56,7	2,5	1,9	-2,7	-3,7
Costa Rica	4,6	3,9	59,2	54,4	2,9	4,3	-0,3	-2,0
Egipto	2,6	3,2	44,2	51,9	1,1	0,8	5,3	8,7
Israel	8,8	9,6	75,3	76,1	2,5	3,9	4,4	4,6
Corea, Rep. de	1,5	2,0	66,7	70,1	0,6	1,1	6,3	7,4
Macao, China	-	2,6	-	69,8	-	-	-	-
México	2,3	2,7	64,3	65,9	2,8	4,2	6,2	6,7
Antillas Neerlandesas	7,7	8,1	74,4	81,4	-0,7	1,0	0,4	2,3
Panamá	3,2	3,2	65,7	62,0	2,1	3,0	2,0	0,8
Perú	2,8	2,4	65,8	66,4	3,1	4,1	0,0	0,2
Emiratos Arabes Unidos	1,8	1,9	46,3	48,8	6,3	8,2	7,1	8,2

Notas: \* O un año próximo a 1995. \*\* O un año próximo a 2000. - No se dispone de datos.  
Fuente: *Ibid.*

A reserva de estas limitaciones, el porcentaje medio del empleo en servicios de salud dentro del total de empleo varía entre los países, según estimaciones recientes de la OIT, pero se sitúa en un 10 por ciento para los países industrializados seleccionados, en un 6 por ciento para los países en transición y en un 4 por ciento para los países en desarrollo seleccionados (gráfico 1.1).

**Gráfico 1.1. Porcentaje del empleo en servicios sociales y de salud dentro del total de empleo, 2000 (porcentaje medio)**



Fuente: Base de datos de la OIT sobre estadísticas del trabajo (LABORSTA), 2002.

La proporción de mujeres dentro de esta mano de obra es muy elevada, y sobrepasa en gran medida la proporción correspondiente dentro del total de empleo: en los países industrializados representa el 77 por ciento de los servicios de salud en comparación con el 45 por ciento del total de empleo, en las economías en transición, el 79 por ciento en comparación con el 47 por ciento y en los países en desarrollo, el 64 por ciento en comparación con el 37 por ciento (gráfico 1.2).

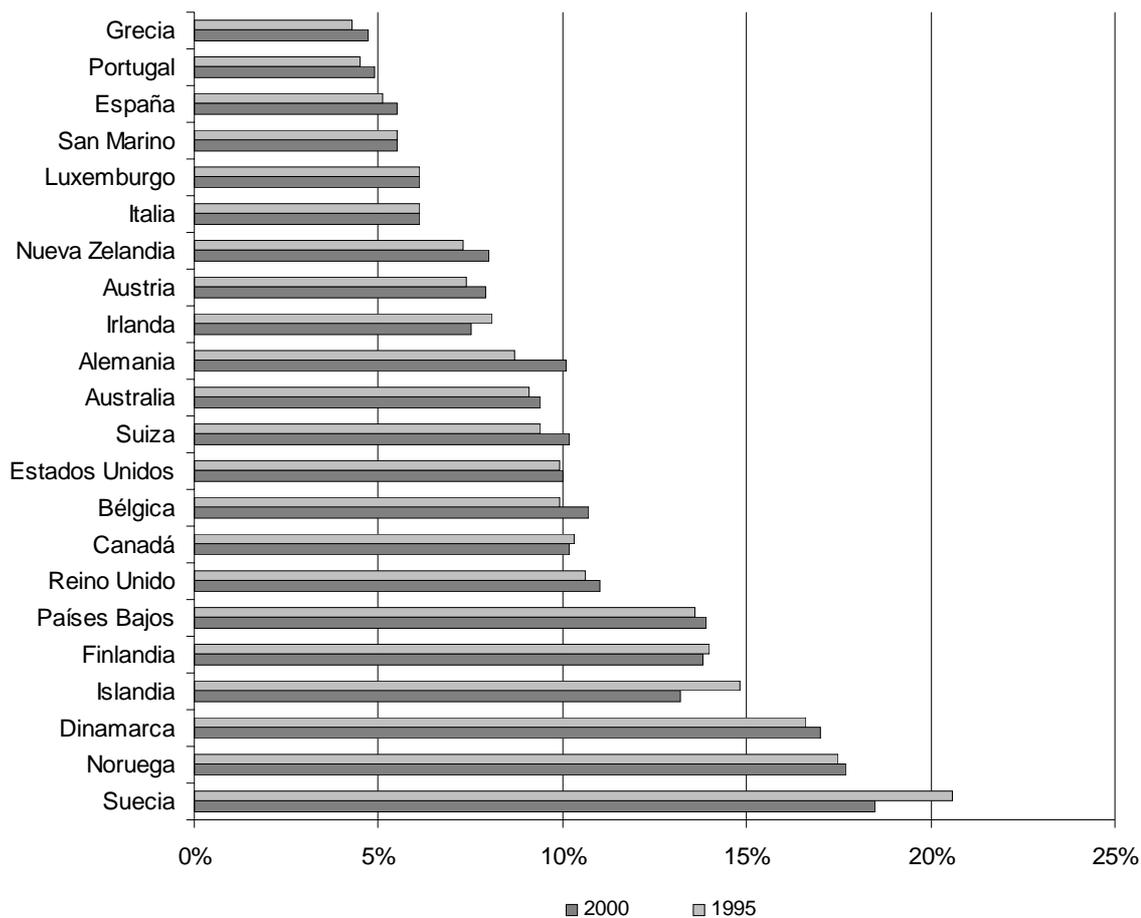
**Gráfico 1.2. Porcentaje de mujeres dentro del total de empleo y dentro del empleo en servicios sociales v de salud, 2000 (porcentaje medio)**



Fuente: *Ibid.*

Como ya se ha dicho, el porcentaje del empleo en servicios de salud dentro del total de empleo varía de un país a otro. En los países seleccionados se encontraba entre un mínimo de un 1,9 por ciento (Emiratos Arabes Unidos) y un máximo de 18,5 por ciento (Suecia) en el año 2000 (gráficos 1.3 a 1.5).

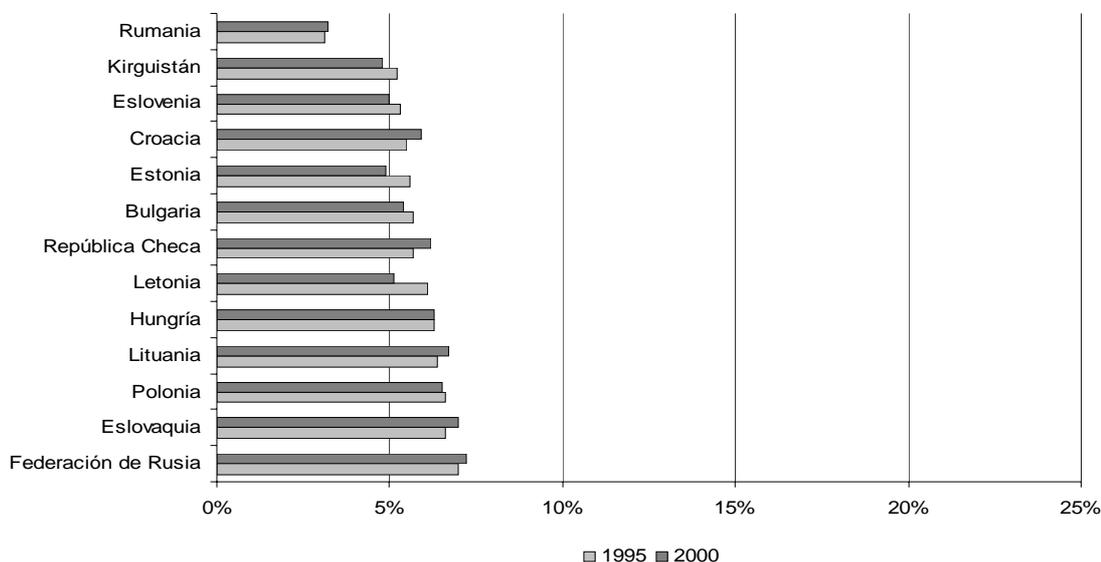
Gráfico 1.3. Porcentaje del empleo en servicios sociales y de salud dentro del total de empleo en 22 economías desarrolladas <sup>1</sup>



<sup>1</sup> Por orden creciente de los porcentajes correspondientes a 1995.

Fuente: *Ibid.*

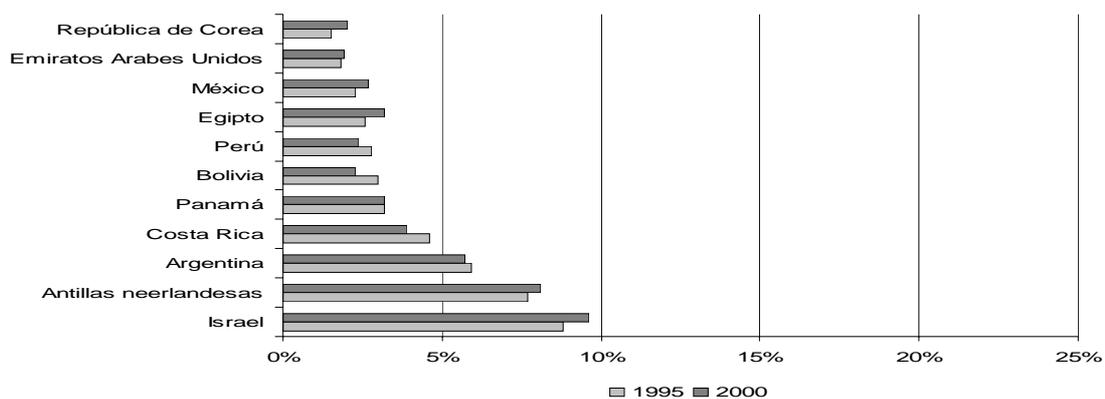
**Gráfico 1.4. Porcentaje del empleo en servicios sociales y de salud dentro del total de empleo en 13 economías en transición <sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Por orden creciente de los porcentajes correspondientes a 1995.

Fuente: *Ibid.*

**Gráfico 1.5. Porcentaje del empleo en servicios sociales y de salud dentro del total de empleo en 11 países y territorios seleccionados de África, Asia y América Latina <sup>1</sup>**

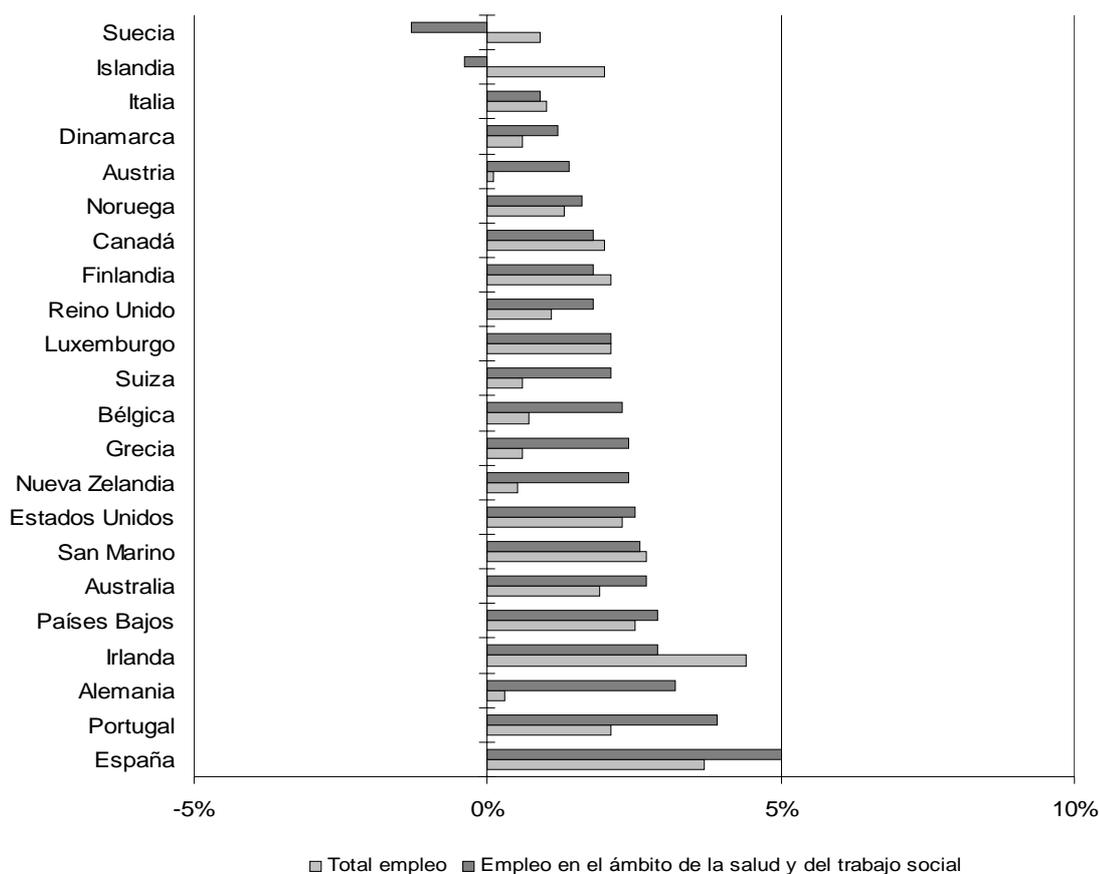


<sup>1</sup> Por orden creciente de los porcentajes correspondientes a 1995.

Fuente: *Ibid.*

Si se comparan los cambios producidos en el empleo en los servicios de salud entre 1995 y 2000, se observan relativamente pocas variaciones en los países industrializados (gráfico 1.6). Sólo en Suecia e Islandia se produjo un descenso del empleo de 1,3 y 0,4 por ciento, respectivamente, valores correspondientes a la media anual durante el período quinquenal. En otros países europeos industrializados se observa un aumento de la fuerza de trabajo en los servicios de salud, siendo los índices de crecimiento medio anual más altos los de Portugal (un 3,9 por ciento) y España (un 5 por ciento).

Gráfico 1.6. Índices de crecimiento anual del total de empleo y del empleo en servicios sociales y de salud en 22 economías desarrolladas <sup>1</sup>, 1995-2000



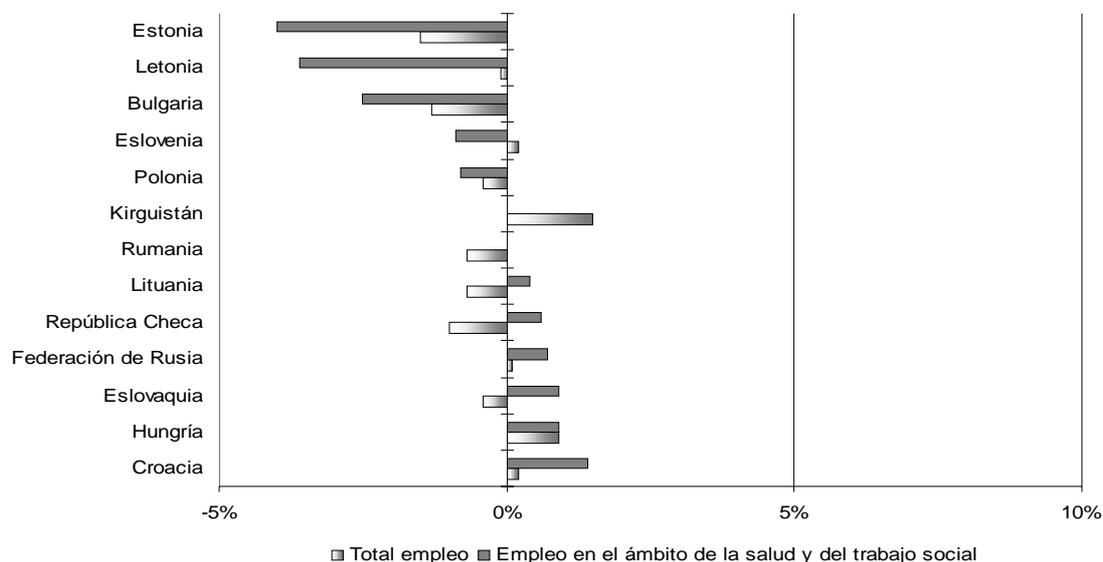
<sup>1</sup> Por orden creciente de los índices de crecimiento anual.

Fuente: *Ibid.*

La situación es distinta en algunos países en transición, en los cuales el descenso del empleo en los servicios de salud ha sido bastante fuerte (gráfico 1.7): en Estonia, Letonia y Bulgaria la media anual desciende entre 1995 y 2000, para situarse en un 4,0, un 3,6 y un 2,5 por ciento respectivamente. La proporción correspondiente a los servicios de salud dentro del total de empleo también ha descendido en estos mismos países en 0,7, 1 y 0,3 puntos porcentuales, respectivamente (gráfico 1.4). En otros países en transición se produjo un pequeño aumento durante el mismo período. Entre los pocos países en desarrollo sobre los cuales se dispone de estadísticas del empleo en servicios de salud, Bolivia y Costa Rica registraron un descenso anual de un 2,7 y un 0,3 por ciento, respectivamente, en el mismo período quinquenal (gráfico 1.8). Se observa que en la

mayoría de estos países el empleo en servicios de salud está aumentando, tanto en términos absolutos como en términos de porcentaje del empleo total (gráficos 1.5 y 1.8).

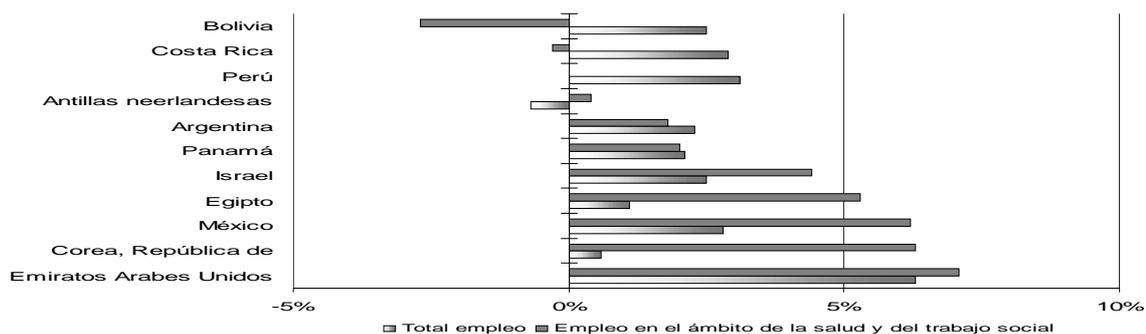
**Gráfico 1.7. Índices de crecimiento anual del empleo en servicios sociales y de salud en 13 economías en transición <sup>1</sup>, 1995-2000**



<sup>1</sup> Por orden creciente de los índices de crecimiento anual.

Fuente: *Ibid.*

**Gráfico 1.8. Índices de crecimiento anual del empleo en servicios sociales y de salud dentro del total de empleo en 11 países y territorios seleccionados de África, Asia y América Latina <sup>1</sup>, 1995-2000**



<sup>1</sup> Por orden creciente de los índices de crecimiento anual.

Fuente: *Ibid.*

No hay datos fiables sobre el porcentaje de empleo en los sectores público y privado de los sectores nacionales de la salud. No obstante, el porcentaje de empleo correspondiente a organizaciones privadas no lucrativas de servicios de salud refleja una cierta distribución del empleo entre los sectores público y privado, como puede verse en el caso de los países seleccionados en el cuadro 1.3.

**Cuadro 1.3. Porcentaje correspondiente a organizaciones no lucrativas dentro del empleo en el sector de la salud de países seleccionados**

País	Porcentaje de organizaciones no lucrativas dentro del empleo en el sector de la salud (%)
Argentina	16,0
Australia	17,3
Austria	15,0
Brasil	12,8
República Checa	4,2
Finlandia	12,4
Francia	12,4
Alemania	23,1
Hungría	0,8
Irlanda	40,9
Israel	43,7
Italia (1991)	6,0
Japón	59,7
México	1,1
Países Bajos	70,4
Rumania	2,0
Eslovaquia	0,3
España	9,5
Suecia (1992)	0,7
Reino Unido	4,2
Estados Unidos	46,6

Fuente: Proyecto de estudio comparativo del sector no lucrativo de la Universidad Johns Hopkins.

Dada la tendencia general al aumento del empleo en los servicios de salud, no es sorprendente que algunos países informen de escasez de personal en el sector. En una serie de países industrializados, la escasez de personal ha alcanzado ya altos niveles en ciertas profesiones del sector de la salud. Los largos períodos de formación y los con frecuencia relativamente cortos períodos de empleo permiten únicamente un ajuste muy lento de la oferta de mano de obra a la demanda. Por consiguiente, las previsiones sobre la escasez de mano de obra son con frecuencia alarmantes. En otros países, en particular los países en transición y en desarrollo, se están eliminando ciertos tipos de puestos de trabajo dentro del sector de la salud o se están cerrando establecimientos sanitarios debido a medidas de contención de los costos y a la falta de financiación por medio de seguros de salud.

Suele reconocerse que las particularidades de los servicios de salud no permiten lograr con los mecanismos del mercado por sí solos un equilibrio adecuado entre la demanda y la oferta de mano de obra. La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a

---

cabo una consulta específica en marzo de 2002 en Ottawa (Canadá) con el fin de examinar los recientes trabajos de investigación sobre desequilibrios de la fuerza de trabajo en los servicios de salud. En el contexto del presente informe sólo cabe mencionar algunas de las ideas que surgieron. Los mecanismos del mercado fallan en el sector de la salud principalmente a causa de las disposiciones institucionales y reglamentarias en el lado de la demanda y de la lentitud de respuesta en el lado de la oferta, lo cual a su vez se debe en gran medida a la larga y estrictamente reglamentada formación de los profesionales de la salud. Otras limitaciones del lado de la demanda se deben a las restricciones presupuestarias de unos sectores de salud principalmente públicos.

Como consecuencia, suele ser necesaria la planificación de los recursos humanos para corregir tales dificultades del mercado de trabajo. Sin embargo, en la práctica es difícil identificar los desequilibrios, por lo que se han utilizado varios indicadores para evaluar el alcance de la escasez y de los superávits<sup>17</sup>. Estos indicadores se han clasificado en cuatro categorías: indicadores del empleo (como las vacantes, el aumento de la mano de obra, el índice de desempleo profesional o los índices de rotación de la mano de obra), indicadores de la actividad (como las horas extraordinarias), indicadores monetarios (como el índice salarial real o el índice de rendimiento de la inversión en la formación individual) e indicadores normativos basados en las pautas de población (como la relación médico/población, enfermera/población). Cada uno de estos indicadores tiene ventajas e inconvenientes, y la lista de categorías no es exhaustiva. En todo caso, resulta insuficiente servirse únicamente de un indicador para medir los desequilibrios del mercado de trabajo en los servicios de salud. Además de la dificultad de identificar los desequilibrios, la recopilación de datos estadísticos plantea también problemas en sí misma. Sin embargo, es evidente que la planificación de los recursos humanos no siempre ha dado los resultados deseados, ya que la escasez de personal en los servicios de salud suele aparecer de forma cíclica. Incluso cuando la demanda y la oferta nacionales pueden equilibrarse, sigue existiendo el desafío de corregir los desequilibrios entre los diferentes grupos profesionales y las diferentes competencias, así como entre las diferentes zonas geográficas dentro de cada país (por ejemplo, zonas urbanas y rurales).

A ello ha de añadirse toda una serie de agentes con interés en los servicios de salud que influyen en la demanda y en la oferta a través de los mecanismos de reglamentación, lo cual dificulta extremadamente las previsiones para la planificación de los recursos humanos. El diálogo entre los interlocutores sociales para identificar indicadores, evaluar los desequilibrios y examinar la influencia de la reglamentación, la formación y la capacitación puede contribuir a superar las diferentes dificultades del mercado de trabajo.

### **1.3.2. Mercados de trabajo mundializados y migración**

La migración internacional se ha convertido en la característica más evidente de los mercados de trabajo mundializados en el ámbito de la atención sanitaria. Las repercusiones de la migración internacional son muy complejas tanto para los trabajadores de la salud como para los países afectados. Desde el punto de vista individual, la migración responde fundamentalmente al deseo de encontrar empleo o mejores sueldos y condiciones de trabajo, pero hay también otros factores que la motivan. El incentivo del sueldo y otras prestaciones materiales podría no ser suficiente para generar la migración interna, por ejemplo, entre las zonas urbanas y rurales, pero las grandes diferencias salariales entre los países en desarrollo y en transición por una parte y los países industrializados por otra parecen ser la principal fuerza de empuje de la migración internacional. De esta forma, los

<sup>17</sup> P. Zurn; M. Dal Poz; B. Stilwell; O. Adams: *Imbalances in the health workforce*, documento de información (Ginebra, OMS, marzo de 2002), págs. 32-41.

países industrializados se convierten en «países receptores», mientras que los «países donantes» sufren grandes pérdidas de la inversión como resultado de esta «fuga de cerebros», particularmente en lo que se refiere a la formación proporcionada a los trabajadores de la salud. Una cosa aún más importante es que la emigración de trabajadores de la salud calificados puede mermar aún más el funcionamiento de los frágiles sistemas nacionales de salud de los países en desarrollo, que con frecuencia son los perdedores en la batalla por retener a los trabajadores, mientras que los países receptores se enfrentan al desafío de integrar a los trabajadores de la salud en su propia fuerza de trabajo tratando de evitar al mismo tiempo el dumping social en los mercados de trabajo internos.

Los Estados Unidos son uno de los países receptores más importantes. Según las estimaciones, a principios de los años noventa había unos 80.000 inmigrantes trabajando como personal de enfermería en el país<sup>18</sup>, y esta tendencia parece ir en aumento. Otro gran receptor es el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. En febrero de 1999, más de 29.000 trabajadores de enfermería registrados en ese país (casi el 30 por ciento del total de estos trabajadores registrados) eran extranjeros<sup>19</sup>. Los países de origen son muchos. El Reino Unido y los Estados Unidos se nutren de trabajadores de la salud emigrantes de Filipinas y otros países asiáticos. Otros países «exportadores» de trabajadores de la salud al Reino Unido son Australia, Sudáfrica, Nueva Zelanda y Finlandia, mientras que los países de Europa Central y Oriental envían trabajadores de la salud a Alemania y a otros países de Europa Occidental y Septentrional.

#### Recuadro 1.2

##### Los Estados Unidos contratan enfermeras en el extranjero porque no hay bastantes en el país

Una gran escasez de trabajadores de la salud está llevando a los hospitales de la zona de Washington a contratar en el extranjero a los cientos de enfermeras que necesitan para atender a los pacientes. La escasez es especialmente grave en el Washington Hospital Center, que está pagando a las agencias de trabajo temporal hasta 70 dólares por hora por la contratación de enfermeras autónomas, algunas de ellas de fuera de la zona de Washington, para cubrir más de un tercio de sus 1.236 puestos de enfermería. Ello supone un fuerte incentivo para contratar a enfermeras a tiempo completo, a quienes se paga, por término medio, menos de 25 dólares por hora, así como para contratar en lugares como Manila, donde las enfermeras reciben menos de 1 dólar por hora. Durante cinco días en la primavera de 2001, los encargados de la contratación del Hospital Center celebraron una feria laboral en el elegante hotel londinense Le Meridien Grosvenor House durante la cual contrataron a 90 enfermeras, la mayoría de ellas inmigrantes procedentes de países en desarrollo. El programa fue organizado por un agente de contratación que cobra hasta 5.000 dólares por cada nueva contratación que proporciona.

En un artículo del *Washington Post* se declaraba que el Hospital Center ofrecía a estas enfermeras y a otras extranjeras salarios bastante inferiores a los pagados a sus homólogas estadounidenses. Los ejecutivos del hospital dijeron que a la hora de determinar los sueldos sólo reconocían a las enfermeras extranjeras la mitad de sus años de experiencia. «Las enfermeras extranjeras necesitan más formación», dice Joanne Gucciardo, encargada de supervisar la contratación de personal de enfermería del hospital. Los dirigentes de los sindicatos locales de enfermeras dicen que reconocer sólo la mitad de la experiencia infringe el contrato que tienen con el hospital, pero los responsables del hospital mantienen lo contrario. La directiva del Washington Hospital Center dijo que estaba haciendo muchos esfuerzos por retener a sus actuales enfermeras, ofreciéndoles incluso primas de 2.000 dólares si permanecían un año más en plantilla, otros 2.000 dólares si se quedaban dos años, y 3.000 si se quedaban tres años.

<sup>18</sup> OIT: *Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud*, Informe para el debate de la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra, 1998, págs. 43-44.

<sup>19</sup> J. Buchan; F. O'May: «Globalization and health-care labour markets: A case study from the United Kingdom», en *Human Resources for Health Development Journal*, vol. 3(3), septiembre-diciembre de 1999.

No es la primera vez que los hospitales estadounidenses sufren escasez de enfermeras, pero esta vez es más grave que nunca, según dijo la directiva del hospital. Esta escasez se deriva fundamentalmente de la disminución de inscripciones en las escuelas de enfermería porque las mujeres, que siguen siendo la gran mayoría en la profesión, tienen ahora otras alternativas profesionales menos estresantes. En un período de cinco años el número de diplomados de las escuelas de enfermería ha disminuido en un 20 por ciento. En 2000 había 2,7 millones de enfermeras registradas en los Estados Unidos, lo que supone un 5 por ciento de incremento desde 1996, según la Asociación Americana de Enfermeras. Pero la demanda actual de este personal va en aumento a medida que los niños nacidos durante el *baby-boom* crecen y requieren mayor atención médica. La Asociación Americana de Hospitales informa de una encuesta realizada en 715 de los 5.000 hospitales estadounidenses, que arrojó la cifra de 126.000 puestos vacantes de enfermería.

Con la jubilación de un gran número de enfermeras (la media de edad es de unos 45 años) los directivos de los hospitales dicen que la única elección que les queda es contratar en el extranjero. Para los hospitales estadounidenses la caza de enfermeras suele comenzar en Filipinas, país en el que se diploman más enfermeras de las que los hospitales pueden contratar. Las enfermeras filipinas son muy codiciadas en los Estados Unidos porque han recibido formación en inglés en unas escuelas de enfermería que siguen el mismo plan de estudios que las universidades estadounidenses. Aunque los hospitales de Manila tienen a su disposición gran cantidad de nuevos diplomados, miles de sus enfermeras más experimentadas han aceptado puestos en Londres, Washington, Los Angeles y otras ciudades occidentales.

Fuente: B. Brubaker: «Hospitals go abroad to fill slots for nurses», en *Washington Post*, 11 de junio de 2001.

La migración internacional de los profesionales de la salud suscita inquietud desde hace ya algunos años, pero últimamente la situación ha empeorado. La migración de los trabajadores de la salud está generalmente influida por motivaciones personales que responden al legítimo deseo de encontrar empleo, unos ingresos más altos o mejores puestos de trabajo. Pero los empleadores de los países receptores están al mismo tiempo contratando activamente a personal de la salud extranjero y facilitando su inmigración temporal o de larga duración a sus países. Los costos de la contratación en el extranjero varían según el país de origen. En el Reino Unido, los costos de contratación se estimaron en 1997 en 3.200 libras por una enfermera procedente de Australia, 1.700 libras por una procedente de Filipinas y 1.150 libras si la persona procede de los países escandinavos<sup>20</sup>. Al mismo tiempo, los países de origen están formando sus ciudadanos en profesiones de la salud a sabiendas de que no serán integrados en la fuerza de trabajo de los servicios nacionales de salud. Por consiguiente, están preparando a estos trabajadores para la «exportación» con el fin de conseguir una entrada de divisa gracias a sus envíos de dinero desde el extranjero.

La integración regional, por ejemplo en la Unión Europea (UE) o en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), y el reconocimiento mutuo de las calificaciones de atención sanitaria, junto con la escasez de personal y de determinadas calificaciones en muchos países, ha impulsado aún más la migración. Los acuerdos internacionales del tipo del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) pueden ser otro factor que favorezca los flujos interfronterizos de profesionales de la salud.

El diálogo social es fundamental para encontrar una perspectiva equilibrada con la que abordar la migración transfronteriza. Los trabajadores de la salud inmigrantes deben estar representados en el diálogo social. Han de ser informados de sus derechos como trabajadores y de sus condiciones de empleo. El principio de igualdad de oportunidades y de trato también debe aplicarse a los trabajadores inmigrantes. Al mismo tiempo, la fuerza de trabajo existente ha de sentirse segura de que su posición y sus derechos adquiridos no van a ser perjudicados por la llegada de los trabajadores migrantes, que podrían estar dispuestos a aceptar peores condiciones de empleo y de trabajo. Aunque esto podría no ser

<sup>20</sup> *Ibíd.*

---

una preocupación prioritaria en un momento de escasez de personal y de calificaciones, los servicios de salud podrían ser acusados de dumping social si los empleadores contratan activamente en el extranjero.

#### 1.4. Financiación de la asistencia sanitaria

A pesar de las políticas a largo plazo (con frecuencia drásticas) de contención de costos en el sector de la salud, los gastos de salud están aumentando en cifras absolutas y también en tantos por ciento del PIB. Por consiguiente, se necesitan políticas y estrategias para mejorar la eficacia de los sistemas de salud. Esto se aplica no sólo a los programas privados y públicos de financiación, sino también a la asignación de recursos humanos en este sector, que tan intensivo es en mano de obra. La remuneración de la fuerza de trabajo representa hasta un 70 por ciento del total de los costos. El diálogo entre los interlocutores sociales se considera cada vez más un valor y no un obstáculo para responder a las preocupaciones de eficacia y de contención de los costos.

La base para cualquier reflexión sobre la financiación de la asistencia sanitaria es el PIB de un país. El porcentaje del PIB que cada país gasta realmente en atención sanitaria varía considerablemente; lo que determina en gran medida lo que cada país puede gastar en servicios de salud es el rendimiento de la economía nacional. Pero la cantidad de recursos financieros asignados a los servicios de salud no brinda necesariamente una indicación acerca de la igualdad de acceso a estos servicios, su calidad o su influencia en los resultados sanitarios, porque hay países que gastan un gran porcentaje del PIB en servicios de salud y que pueden tener una situación poco satisfactoria; entre estas posibilidades, las más frecuentes son:

- unos gastos elevados en atención sanitaria, pero que se concentran sólo en una parte de la población;
- unas inversiones importantes, pero que se centran en una atención sanitaria curativa más que preventiva;
- precios, tasas e ingresos de los servicios de salud muy altos, pero la calidad de la atención puede ser la misma que la de otros países con un gasto sanitario inferior <sup>21</sup>.

En 2000 la OMS publicó una serie de indicadores para evaluar el rendimiento de los sistemas nacionales de salud que proporcionan conjuntamente una información más detallada que los indicadores individuales como el porcentaje de gastos en atención sanitaria dentro del PIB o la relación profesional de la salud/población <sup>22</sup>.

La financiación de la atención sanitaria es una cuestión muy política, que entra en fuerte competencia con otras prioridades sociales y económicas que necesitan ser financiadas con cargo a los presupuestos públicos. Los contribuyentes privados a la financiación de la atención sanitaria, los empleadores, los trabajadores y los usuarios

<sup>21</sup> A. Weber: «Health-care financing and employment», en OIT/Internacional de Servicios Públicos (ISP): *Employment and working conditions in the health sector of Central Asian countries*, informe de la Conferencia centroasiática de la OIT/ISP sobre la reestructuración de los servicios de salud y el papel de los sindicatos en dicho proceso, Almaty, 24-26 de marzo de 1999 (Ginebra, 2000), pág. 42.

<sup>22</sup> OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2000 — Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (Ginebra, 2000), cuadro 8.

---

tienen todos ellos que ponderar su contribución a la atención sanitaria frente a otros gastos. La capacidad financiera de quienes contribuyen o pagan impuestos puede verse limitada por el entorno económico, si éste impone unos sueldos e ingresos bajos. La posibilidad de que los Estados aumenten el gasto social se está reduciendo a medida que la mundialización de los mercados exige impuestos y costos sociales que vienen a añadirse a los costos laborales de bienes y servicios, factores determinantes estos últimos de la competitividad internacional de las economías nacionales. Este hecho ha incitado a los creadores de políticas a investigar medios alternativos de financiación de la atención sanitaria que no se limiten únicamente al recurso al gasto público. Tales métodos van del seguro de salud y de pagos de participación al pago por parte de los usuarios y a los impuestos al consumo.

Cuando se establecen métodos de pago de participación de los usuarios es fundamental tener en cuenta la capacidad individual de pago. Dicha capacidad con frecuencia es nula en países con niveles bajos de ingresos y una economía informal importante. Los «pagos de participación» informales, es decir, no declarados, son muy comunes en muchos países en transición y en desarrollo. Estadísticamente este tipo de financiación se incluye en la categoría de «pagos directos». Según las estimaciones de la OMS para 1997 y 1998 correspondientes a algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud, esta categoría puede representar hasta el 100 por ciento del gasto privado de salud en algunos países en transición y en desarrollo, incluso cuando la atención sanitaria es oficialmente gratuita<sup>23</sup>. En estos países, el gasto privado de salud, que puede ascender a más del 50 por ciento del total del gasto sanitario, no debe pues llevar a la conclusión de que el país posee un amplio sector privado de servicios de salud.

La financiación de la atención sanitaria por medio de seguros tiene ciertas características que pueden hacerla diferente de la financiación por medio de fondos públicos. En particular, el seguro de salud hace más transparente el costo sanitario, aun cuando las organizaciones de seguros suelen depender todavía de los pagos procedentes de fondos públicos. Los pagos al seguro de salud plantean la cuestión de si es el empleador o el trabajador quien contribuye a la financiación de la atención sanitaria. Este debate convierte con frecuencia la financiación de la atención sanitaria en una cuestión de negociación colectiva.

Como el sector de los servicios de salud emplea un coeficiente muy elevado de mano de obra, las decisiones sobre la financiación de la asistencia sanitaria tienen repercusiones significativas en el empleo y las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Los proveedores de servicios de salud y los trabajadores de la salud se encuentran siempre atrapados entre los contribuyentes financieros y los usuarios. Los contribuyentes financieros consideran que los proveedores incurren en costos excesivos, mientras que los usuarios piensan que proporcionan servicios inadecuados. Esto dificulta la situación de los trabajadores de la salud, especialmente cuando su sueldo depende de impuestos y contribuciones obligatorias destinados a la financiación de la asistencia sanitaria. Por otra parte, las diferentes formas de financiación de la asistencia sanitaria pueden afectar al empleo y a las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud en modos diferentes, por lo que cualquier acción orientada a una mayor eficacia y eficiencia tiene repercusiones en su trabajo cotidiano<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2001 — Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (Ginebra, 2001), págs. 160-167.

<sup>24</sup> A. Weber, *op. cit.*, págs. 47-48.

---

Por ejemplo, los sistemas de pago son un elemento importante en las reformas del sector de la salud, ya que éstas abordan la cantidad y la calidad de los servicios de atención sanitaria. Al mismo tiempo, influyen en el rendimiento y pueden utilizarse como instrumento de gestión del mismo. La remuneración de los profesionales de los servicios sanitarios es bastante compleja, particularmente teniendo en cuenta la importancia dada a los «resultados» en términos de salud pública. Los sistemas de pago de los médicos suelen ser los más complicados y se basan a menudo en tres elementos: salario, tasa por servicio y capitación (pago fijo por beneficiario). Aunque estos diferentes sistemas de pago se están sometiendo a estudio, el personal de enfermería y otros profesionales asociados reciben principalmente una remuneración salarial. El hecho de que su sueldo sea financiado por el Estado (el contribuyente), el paciente (pagos directos) o una tercera parte (como el seguro de salud o el empleador) también supone diferencias para los trabajadores y los empleadores de la salud. Por consiguiente, el sistema de financiación es una cuestión importante de diálogo social. Las diferentes alternativas de financiación y sus repercusiones en la fuerza de trabajo y en los empleadores deben ser cuidadosamente analizadas. Un sistema de financiación se elige sin duda teniendo en cuenta los objetivos generales del sistema de salud, pero sus repercusiones en los proveedores y su rendimiento deberían hacerse transparentes antes de tomar cualquier decisión.

---

## 2. Instituciones, capacidad y eficacia de los interlocutores sociales en el diálogo social

Los problemas a los que se enfrenta el sector de la salud (y que ya se han descrito en el capítulo 1) apuntan a una amplia gama de tareas que deben abordarse en el diálogo social. Dadas las repercusiones que tienen en la economía y la sociedad, el buen éxito del diálogo social podría ser aún más importante en los servicios de salud que en otros sectores. Además, como los servicios de salud afectan a todos y cada uno de los individuos de la sociedad y todo cambio en los servicios de salud afecta a todas las personas que actúan en ese sector, tienen que participar muchas instancias para lograr mejores resultados en la salud pública, y el diálogo social facilita un mecanismo adecuado para esta participación. Pero para introducir y consolidar el diálogo social en los servicios de salud, conviene tener las ideas claras sobre el enfoque y las instituciones en que se puede desarrollar el diálogo social. Los interlocutores sociales tienen que determinar su propio cometido y los retos que se plantean en el diálogo social, y reconocerse mutuamente como copartícipes en este diálogo. Hay que garantizar la participación en el diálogo social a todos los interlocutores, y se tienen que establecer unos indicadores que permitan evaluar la eficacia del diálogo social. Por último, no cabe olvidar que el medio más convincente para fortalecer el diálogo social es siempre la experiencia positiva que se deriva de las buenas prácticas.

### 2.1. El diálogo social como método de relaciones laborales

El diálogo social se está perfilando como un planteamiento de colaboración en las relaciones laborales. Supera a las formas tradicionales de negociación colectiva, y suele presentarse como un proceso continuo de participación por parte de los interlocutores sociales. Con este planteamiento, se puede definir el diálogo social como «todos los tipos de negociación y consulta o, simplemente, el mero intercambio de información entre representantes de gobierno y de las organizaciones de empleadores y de trabajadores sobre asuntos de interés común relacionados con la política económica y social»<sup>1</sup>.

La OIT, sobre la base de su estructura tripartita, apoya el diálogo social. Se considera que el diálogo social desempeña una función decisiva en la prevención y solución de conflictos laborales y problemas sociales. Cuando se utiliza eficazmente, el diálogo social puede identificar nuevas posibilidades de formación de consenso y cooperación para lograr objetivos esenciales de economía y desarrollo social. Contribuye además a fortalecer a los interlocutores sociales, reforzar la gobernanza democrática y establecer instituciones eficaces de mercado de trabajo. La Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales (que se celebró en octubre de 2001 y que abarcó, entre otros sectores, los servicios de salud) llegó a la conclusión de que «el diálogo social no es un momento único sino un proceso continuado de consulta y/o negociación entre los empleadores, tanto públicos como privados, y los representantes de los trabajadores que sólo termina cuando termina la reforma. Es un proceso que puede ser

<sup>1</sup> OIT: *Propuestas de Programa y Presupuesto para 2000-2001*, documento GB.276/PFA/9, 276.ª reunión, Ginebra, noviembre de 1999, párrafo 114.

---

largo y requerir tiempo pero se compensa con buenos resultados gracias a la participación de todas las partes interesadas en la toma de decisiones»<sup>2</sup>.

En el caso concreto del diálogo social en los servicios de salud (que en muchos países pertenecen sobre todo al sector público) ha de prestarse especial atención a las cuestiones de negociación colectiva en la administración pública<sup>3</sup>. El ejercicio del derecho a la libertad sindical de las organizaciones de funcionarios y empleados públicos es ahora una realidad en los países industrializados y en muchos países en desarrollo. El Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98), excluía de su campo de aplicación a los funcionarios públicos en la administración del Estado, pero el Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151), dio un importante paso al exigir a los Estados Miembros que fomenten procedimientos de negociación o cualesquiera otros métodos que permitan a los representantes de los empleados públicos participar en la determinación de sus condiciones de empleo. Posteriormente, el Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154), que promueve la negociación colectiva tanto en el sector privado como en la administración pública, en el caso de la administración pública sólo permite que la legislación o la práctica nacionales fijen modalidades particulares de aplicación del Convenio.

Un Estado que ratifique el Convenio no puede limitarse a celebrar consultas, sino que tiene que promover la negociación colectiva con el objetivo de determinar las condiciones de trabajo y de empleo.

La Unión Europea (UE) ha formulado un concepto de diálogo social y coparticipación social<sup>4</sup> que se expone como sigue en el Tratado de Amsterdam de 1997: «La Comunidad y los Estados miembros... tendrán como objetivo el fomento del... diálogo social...» (artículo 136); «la Comisión tendrá como cometido fomentar la consulta a los interlocutores sociales a nivel comunitario y adoptar todas las disposiciones necesarias para facilitar su diálogo, velando por que ambas partes reciban un apoyo equilibrado» (artículo 138, 1), y «el diálogo entre interlocutores sociales en el ámbito comunitario podrá conducir, si éstos lo desean, al establecimiento de relaciones convencionales, acuerdos incluidos» (artículo 139, 1)<sup>5</sup>. En 1997 se publicó un Libro Verde, titulado *Cooperación para una nueva organización del trabajo*, que establece las condiciones para la coparticipación social en el trabajo<sup>6</sup>. Algunos planteamientos en relación con el diálogo social incluyen también un diálogo más amplio con todas las partes interesadas y sus organizaciones. En el decenio de 1990, este planteamiento fue muy debatido en la Unión

<sup>2</sup> OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales, Ginebra, 15-19 de octubre de 2001, pág. 35.

<sup>3</sup> B. Gernigon; A. Odero; H. Guido: «Principios de la OIT sobre la negociación colectiva» en *Revista Internacional del Trabajo*, Ginebra, vol. 119, núm. 1, 2000/1, págs. 51-52.

<sup>4</sup> La «coparticipación social» es un término que se ha utilizado con acepciones muy diferentes y a veces contradictorias. Para una visión general y un intento de clasificar estas acepciones, véase E. Heery; J. Kelly; J. Waddington: *Union revitalization in the United Kingdom*, Instituto Internacional de Estudios Laborales, documento de estudio, serie 133 (Ginebra, OIT, 2002), págs. 15-16.

<sup>5</sup> «Tratado de Amsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos», firmado en Amsterdam el 2 de octubre de 1997, *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, C 340, 40.º año, 10 de noviembre de 1997 ([http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/ec\\_cons\\_treaty\\_en.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/dat/ec_cons_treaty_en.pdf)).

<sup>6</sup> [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-dial/social/green\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-dial/social/green_en.htm).

---

Europea con el nombre de «diálogo cívico», y como complemento del diálogo social, pero no se incluyó en el Tratado de Amsterdam, aunque la declaración núm. 38 que figura en anexo al tratado, hacía referencia a estimular la «*dimensión europea de las organizaciones de voluntariado*» y la Comisión publicó una comunicación sobre «El fomento del papel de las asociaciones y fundaciones en Europa» por la que alentaba a los Estados miembros a que consideraran distintas formas de incrementar la participación de las organizaciones no gubernamentales.

A nivel de la Unión Europea, se han iniciado algunos proyectos para desarrollar el diálogo social sectorial e intersectorial. Se han desplegado esfuerzos para establecer un diálogo social en el sector de los servicios de salud, en particular a través de un marco formal para el diálogo social en el sector hospitalario (véase recuadro 2.1).

#### Recuadro 2.1

##### Europa: preparando un marco formal de diálogo social en el sector hospitalario

La red hospitalaria danesa ha iniciado un importante proyecto transnacional europeo en los servicios de salud con el título de «Modificación de la organización del trabajo y desarrollo de las calificaciones clave». El proyecto se está llevando a cabo en asociación con las organizaciones (públicas) de trabajadores y de empleadores de Bélgica, Dinamarca, Grecia, Italia y Países Bajos. El proyecto tiene por objeto establecer metodologías de evaluación para los cambios en la organización del trabajo, desarrollar nuevos perfiles profesionales, identificar los casos de buenas prácticas y crear una red entre los hospitales y los interlocutores sociales. Se hace hincapié en el diálogo social como medio para lograr estos objetivos. Varias conferencias importantes, celebradas en mayo de 2000 y febrero de 2002, apoyaron los esfuerzos por establecer un marco formal para el diálogo social a nivel europeo en este sector. En 2000, las organizaciones de empleadores y de trabajadores presentaron a la Comisión Europea una petición conjunta para el establecimiento de una comisión sectorial. La Plataforma Patronal del CMRE (Consejo de Municipios y Regiones de Europa) y la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) consideran que, tras varios años de diálogo social informal, cumplen los requisitos para que se acepte su petición. El diálogo informal entre estos socios, que dio lugar a una declaración conjunta sobre la modernización de los servicios públicos en noviembre de 1996, fue reconocido como ejemplo de buenas prácticas por el Libro Verde de la Comisión sobre «Cooperación para una nueva organización del trabajo», publicado en 1997. En cuanto a la demanda de un diálogo social sectorial formalizado, se han manifestado ciertas inquietudes de que la definición del «sector hospitalario» pudiera ser demasiado limitada.

La Declaración adoptada por la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector Hospitalario en Europa, destacaba que el diálogo social en el sector hospitalario reviste una importancia capital para el desarrollo europeo, al contribuir al crecimiento, a la capacidad competitiva y a la promoción del empleo y de la justicia social, sobre todo teniendo en cuenta la inminente ampliación de la Unión Europea. La Declaración afirma que es esencial seguir desarrollando y formalizar el diálogo social. A fin de continuar los progresos en relación con el diálogo social, la Segunda Conferencia pidió a las partes organizadoras que constituyesen un grupo especial para la formulación de un plan de trabajo para el futuro diálogo social y pidieron a la Comisión Europea que apoyara estos objetivos.

Fuentes: M. Tast: *Alocución inaugural a la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector Hospitalario en Europa*, Bruselas, 4 y 5 de febrero de 2002; *Declaración conjunta de la Plataforma Patronal del CMRE y de la FSESP sobre la modernización de los servicios públicos*: [http://www.ccre.org/sodmod\\_an.html](http://www.ccre.org/sodmod_an.html); Comisión Europea: *Libro Verde*, op. cit., párrafo 74; *Declaración de la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector Hospitalario en Europa*, Bruselas, 4 y 5 de febrero de 2002 (<http://www.eurocarenet.org/allefiler/socialdialog/Conf2/final%20declaration.shtm>).

Diversos países están adoptando planteamientos parecidos. En el sector de la salud del Reino Unido, se ha estado recurriendo al sistema de asociación durante los dos últimos decenios. En la política sanitaria ha influido el concepto de asociación entre diferentes organismos que trabajan en el ámbito de la salud. Este planteamiento se ha adoptado en diversos países, en un esfuerzo por reunir a diferentes organismos y sectores para mejorar

---

la salud y el desarrollo social, como se estipula en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) de la Organización Mundial de la Salud <sup>7</sup>.

Entre otros ejemplos del sistema de asociación cabe citar a Nueva Zelanda, donde la Asociación de Servicios Públicos lanzó el concepto de «Asociación para la Calidad» en su estrategia de negociación del sector de la salud de junio de 2001. En los Estados Unidos, la idea de una asociación entre la dirección y los trabajadores se ha introducido también en el sector sanitario, y más concretamente en el acuerdo nacional concertado en 2000 entre Kaiser Permanente y una coalición de organizaciones de trabajadores. Este acuerdo promueve el diálogo social y la participación de los trabajadores como un proceso continuo que va más allá de la negociación colectiva tradicional (véase la sección 2.4) <sup>8</sup>.

## 2.2. Categorías y tipos de instituciones en el diálogo social

La existencia de instituciones para el diálogo social es decisiva, como puede observarse de la experiencia de algunos países en donde se han establecido desde hace muy poco. Estas instituciones pueden establecerse sobre una base formal y jurídica, a través de acuerdos informales o incluso, desde hace poco, como instituciones «virtuales». Las instituciones de diálogo social pueden establecerse a nivel nacional, local, de empresa y aun en el plano internacional, y pueden ser sectoriales o intersectoriales. El diálogo social puede también adoptar la forma de negociación sobre las cuestiones laborales que se derivan de los acuerdos formales, de consultas o de información. El mecanismo de diálogo social puede establecerse por un período limitado o durante un proceso continuo sin límite de tiempo.

Un país puede disponer de una gran variedad de órganos tripartitos y mecanismos en los que puede darse el diálogo social en muchas formas y a distintos niveles, que van de la consulta y cooperación nacional tripartita a la negociación colectiva a nivel de empresa <sup>9</sup>. Cuando se producen cambios económicos y sociales importantes o crisis, se establecen estructuras tripartitas de alcance estratégico para todas las partes interesadas a nivel nacional (por ejemplo, pactos sociales nacionales sobre las reformas de la atención a la salud); éstas van más allá de la negociación colectiva, pero establecen el marco de la negociación colectiva, tanto a nivel central como de manera descentralizada.

La Unión Europea ha creado diversas instituciones formales para el diálogo social a nivel de empresa (comités de empresa europeos), a nivel interprofesional (comités de diálogo social) y a nivel sectorial (comités de diálogo sectorial). Aunque todavía no existe un comité sectorial para los servicios de salud, se está tratando actualmente de establecer

<sup>7</sup> La *Carta* fue adoptada en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud el 21 de noviembre de 1986 (<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>).

<sup>8</sup> Este caso es un ejemplo de la «nueva generación» de asociaciones entre la dirección y los trabajadores en los Estados Unidos, que se basa en la intensificación de la competencia y los esfuerzos de revitalización de los sindicatos, y en el que los sindicatos están de acuerdo en apoyar a la empresa y son a su vez reconocidos como socios. Para un panorama general, véase R. Hurd; R. Milkman; L. Turner: *Reviving the American labour movement: Institutions and mobilization*, Instituto Internacional de Estudios Laborales, documento de estudio núm. 132 (Ginebra, OIT, 2002), págs. 10-12.

<sup>9</sup> T. Fashoyen: «Promoting social dialogue: Issues and trends» en A.S. Oberai; A. Sivananthiran; C.S. Venkata Ratnam (directores de la publicación): *Promoting harmonious labour relations in India: Role of social dialogue* (Nueva Delhi, Equipo Consultivo Multidisciplinario de la OIT para Asia Meridional, 2001), pág. 36.

---

un marco formal para el diálogo social en el sector hospitalario (véase el recuadro 2.1). Estos esfuerzos pueden culminar en la constitución de un comité de diálogo sectorial compuesto por representantes de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, que se reuniría varias veces al año para negociar un plan de trabajo y participar en los programas de la Unión Europea. Entre las posibles aportaciones de estos comités figuran proyectos, intercambios de experiencias, declaraciones y dictámenes conjuntos, principios comunes, códigos de conducta y acuerdos formales. Todo ello tendrá que ser coherente con la política de la Unión Europea de fomentar estructuras de diálogo social flexibles y dinámicas.

La Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales (celebrada en 2001) llegaba a la conclusión de que «en la elaboración y puesta en práctica del diálogo social debería informarse claramente a todas las partes interesadas de si se trata de un proceso de consulta o de negociación. Cuando un proceso de negociación conduce a un acuerdo, éste debería aplicarse de conformidad con las disposiciones pertinentes de la legislación»<sup>10</sup>.

Las negociaciones en los servicios de salud siempre se han incluido en la elaboración de una política sanitaria más amplia. Habida cuenta de la naturaleza específica del sector, que afecta a las condiciones sociales y a la salud de toda la población, a menudo se toma en consideración la participación de la sociedad civil en el diálogo. En los servicios de salud y en otros servicios de interés público, la práctica en muchos países es que participen otras partes en este diálogo más amplio (sobre todo los usuarios de los servicios) además de los interlocutores tripartitos tradicionales. La Reunión paritaria sobre la incidencia del ajuste estructural en los servicios públicos, celebrada en 1995 llegó a la conclusión de que «las reformas del sector público tienen mayores posibilidades de alcanzar sus objetivos de prestar servicios eficientes, eficaces y de gran calidad cuando se planean y aplican con la plena participación de los trabajadores del sector y sus sindicatos, así como de los consumidores de servicios públicos en todas las etapas del proceso decisorio»<sup>11</sup>.

En octubre de 2001, la Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales llegó a la conclusión de que en el contexto de la descentralización de servicios en interés público «el proceso [de diálogo social] puede llevarse a cabo en diferentes etapas y debería fortalecerse con un diálogo externo entre el municipio en tanto que estructura estatal responsable y los ciudadanos y usuarios»<sup>12</sup>. Ello tiene a su vez incidencia en el diálogo social tripartito. El documento sobre la nueva estrategia de salud de Nueva Zelanda, publicado en diciembre de 2000, incluye en los siete principios para la prestación de asistencia sanitaria la «participación activa de los consumidores y las comunidades en todos los niveles»<sup>13</sup>. Sin embargo, conviene distinguir entre un aspecto del diálogo social que trata del desarrollo de los servicios y las políticas correspondientes (y que debería abarcar una variedad lo más amplia posible de participantes) y otro aspecto que se refiere a los salarios y condiciones de empleo, en el

<sup>10</sup> OIT: *Nota sobre las labores*, loc. cit.

<sup>11</sup> OIT: *Informe final*, Reunión paritaria sobre la incidencia del ajuste estructural en los servicios públicos (eficacia, mejora de la calidad y condiciones de trabajo), Ginebra, 24-30 de mayo de 1995, pág. 23.

<sup>12</sup> OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y la privatización en los servicios municipales, Ginebra, 15-19 de octubre de 2001, pág. 35.

<sup>13</sup> R. Gauld: *Revolving doors: New Zealand's health reforms* (Wellington, Victoria: Universidad de Wellington, 2001), pág. 189.

---

que deberían participar los empleadores (públicos y privados) y las organizaciones de trabajadores.

Está claro que es necesario establecer un programa para el diálogo social a nivel sectorial. Ello podría hacerse en varias etapas, desde el establecimiento de redes y debates informales a unas negociaciones formales. En la Unión Europea, los debates informales dieron lugar a una Declaración conjunta<sup>14</sup> en 1996 por parte de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, que desde entonces han dado nuevos pasos para el establecimiento de un «comité de diálogo sectorial».

En el diálogo social formal, las partes interesadas tienen que tener reconocimiento y certificación oficiales. En el Canadá, este cometido lo lleva a cabo la Junta de Relaciones Laborales del Canadá, que aplica los procedimientos para el reconocimiento sindical establecidos en el Código de Trabajo del Canadá (1985). La Junta determina «la unidad» que es competente para llevar a cabo una negociación colectiva. Una «unidad» consiste en un grupo de dos o más trabajadores. Para los trabajadores profesionales, la Junta determina la unidad que es competente para llevar a cabo la negociación colectiva. Puede decidir sobre la inclusión de trabajadores de más de una profesión y de aquellos que desempeñan funciones sin ninguna calificación profesional<sup>15</sup>. En el Reino Unido, la ley de relaciones de empleo de 1999 introdujo un nuevo procedimiento para el reconocimiento sindical en establecimientos que emplean a más de 20 personas y un modelo para llevar a cabo la negociación colectiva.

En estos tiempos de cambio estructural puede ser necesario establecer estructuras (comisiones o foros) que supervisen la representación de los intereses tripartitos en el diálogo social. Estas instituciones pueden tener un alcance general o abarcar sectores específicos. En Hungría, las competencias generales corrían a cargo del Consejo de Conciliación del Interés Tripartito (IRC), creado en 1988. En 1992 se estableció el Consejo Tripartito de Conciliación de Intereses en las Instituciones Presupuestarias (IRCBI), que contempla sobre todo los servicios públicos, comprendidos los servicios de salud.

El IRCBI era el foro nacional consultivo y de negociación de los servicios públicos, entre ellos los servicios de salud, y se financiaba con cargo a los presupuestos del Gobierno central y de los gobiernos municipales<sup>16</sup>. Este órgano se ocupaba de cuestiones relativas a las relaciones de trabajo y a los aspectos normativos y financieros que determinan las condiciones de trabajo de los empleados de los servicios públicos. En el marco del IRCBI, las partes (el Gobierno central, las administraciones municipales y los sindicatos del servicio público) negociaron y firmaron acuerdos sobre distintas cuestiones en materia de trabajo, como la clasificación del empleo y las escalas de sueldos, y llevaron a cabo consultas para la elaboración de proyectos de ley pertinentes para el servicio público y sobre cuestiones sociales y económicas de índole general. El IRCBI desempeñó un papel destacado en la fijación de los criterios de representatividad de los sindicatos en el ámbito nacional. La determinación de la representatividad estaba ligada a los resultados obtenidos en las elecciones al Consejo de funcionarios del Estado (como prevé la ley de 1992 sobre la condición jurídica de los funcionarios del Estado) que se celebraron en 1993,

<sup>14</sup> Declaración conjunta de la Plataforma Patronal del CMRE y de la FSESP sobre la modernización de los servicios públicos, noviembre de 1996 ([http://www.ccre.org/sodmod\\_an.html](http://www.ccre.org/sodmod_an.html)).

<sup>15</sup> J. Lethbridge: *Social dialogue in health services – Four case studies*, documento de trabajo del Programa de Actividades Sectoriales, de próxima publicación (Ginebra, OIT).

<sup>16</sup> L. Héthy: *Diálogo social dentro y fuera del marco del tripartismo*, documento de trabajo núm. 4, Programa InFocus sobre Fortalecimiento del Diálogo Social (Ginebra, 2000), págs. 11-12 y 22.

---

1995 y 1998. Para que un sindicato fuese considerado legalmente representativo necesitaba un mínimo del 10 por ciento de los votos a nivel de la administración nacional, municipal o de la institución correspondiente. Pero en noviembre de 1999 un decreto restringió el diálogo social al ámbito sectorial del servicio público, con lo cual el IRCBI quedaba implícitamente disuelto. El ICR quedaba también desmantelado, pero ha sido reemplazado por una serie de órganos que se ocupan de las cuestiones de trabajo. A finales de 1999, se llevaron a cabo negociaciones entre el Foro para la Cooperación de los Sindicatos (SZEF) — el mayor sindicato del sector público — y el Gobierno, que condujeron en marzo de 2001 a un acuerdo de tres años de duración, en el que se contemplaban: *a*) el establecimiento de un foro especial para el diálogo social en el que tuvieran cabida todos los empleados públicos, comprendidos los del servicio de salud; y *b*) un incremento salarial ponderado en el sector público equivalente al índice de inflación más la mitad del crecimiento real del PIB.

En algunos países, aunque se han establecido legalmente instituciones tripartitas nacionales, su funcionamiento y resultados no siempre han sido coherentes, como se puede observar en el caso de Kenya <sup>17</sup>, donde el interés por recurrir al mecanismo tripartito nacional en las cuestiones relativas al mercado de trabajo y afines comenzó a adquirir cada vez más importancia a finales del decenio de 1990. Actualmente, la Comisión Nacional de Consulta Tripartita (NTCC) se considera un foro importante, a través del cual se formulan cuestiones políticas fundamentales sobre las relaciones laborales, así como otras cuestiones relativas al mercado de trabajo.

Pueden establecerse además instituciones de diálogo social (formales o informales) con vistas a un programa específico o a su preparación. Por ejemplo, en la provincia canadiense de Saskatchewan y en un esfuerzo por fomentar el empleo entre las minorías étnicas, en 1992 se puso en marcha el Programa de Desarrollo del Empleo para la Población Aborigen (AEDP) que inició sus trabajos en el ámbito de la salud (para una descripción más detallada véase la sección 2.8). En 2000, y tras la celebración de acuerdos de asociación individuales en el ámbito del distrito, se firmó un acuerdo a nivel provincial entre el Departamento de Asuntos Intergubernamentales y Aborígenes, la Asociación de Organizaciones de Salud de Saskatchewan (SAHO), en calidad de organización de empleadores, y la Unión de Empleados Públicos del Canadá (CUPE). Posteriormente, se creó una comisión tripartita para preparar el diálogo social y los programas pertinentes de formación y educación.

En el ámbito nacional, el diálogo social puede estar sometido a las limitaciones derivadas de las disposiciones de los acuerdos y tratados internacionales. En la Unión Europea, la asistencia sanitaria es responsabilidad de los Estados miembros, aunque la legislación europea influye en la naturaleza y, por lo tanto, en el diálogo social de la prestación. Los ámbitos normativos de la Unión Europea que tienen una influencia sobre las políticas de salud nacionales se refieren a las directivas sobre el mercado interior de la Unión Europea, así como a las normas sobre competencia y comercio. En cuanto al mercado interior, la libertad de circulación de mercancías y de personas, de servicios y de capital ha acelerado considerablemente la liberalización de las políticas nacionales en materia de salud. En este contexto, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas dictaminó recientemente que los pacientes tenían derecho a recibir asistencia sanitaria en

<sup>17</sup> T. Fashion: *Kenya: Social dialogue and social and economic development*, Programa InFocus sobre Fortalecimiento del Diálogo Social, documento de trabajo núm. 3 (Ginebra, OIT, 2001) págs. 25-26.

---

otro país de la Unión Europea, en detrimento de su propio sistema de salud nacional, en caso de sufrir demoras indebidas en su propio país <sup>18</sup>.

La creación y mantenimiento de redes de comunicación entre los interlocutores sociales es indispensable para el diálogo social. En la Unión Europea (donde se estima que sólo el sector hospitalario engloba a 15.000 hospitales y a 5 millones de empleados) la tecnología de la información está siendo estudiada como un instrumento que facilita las relaciones entre las distintas redes sectoriales <sup>19</sup>. Aunque estas instituciones «virtuales» del diálogo social están todavía dando sus primeros pasos, su potencial debería tomarse en serio ya que podrían propiciar un proceso sostenido de diálogo en Europa mediante la integración de un número considerable de personas y organizaciones separadas por grandes distancias a costos reducidos. La experiencia de las instituciones virtuales de aprendizaje puede ser útil en este contexto para evaluar el potencial de la tecnología de la información, aunque este tipo de comunicación es más aplicable a los procesos de información y consulta. La posibilidad de crear modalidades de diálogo social más formales a través de la tecnología de la información constituye otra dimensión que ha de ser objeto de estudio. En el contexto del diálogo social en Europa, la puesta en marcha de proyectos transnacionales en los servicios de salud comprende la creación de un sitio Web ([www.eurocarenet.org](http://www.eurocarenet.org)) cuyo objetivo es fomentar la comunicación y el diálogo social en el sector hospitalario. Aparte de ofrecer acceso a la información y a la documentación, ofrece foros de discusión sobre cuestiones de diálogo social así como vínculos con el sitio Web de otras organizaciones pertinentes.

### 2.3. Estructuras de gobierno

La eficacia del diálogo social depende de la participación de todas las estructuras pertinentes del gobierno. Además, de los ministros de trabajo, deberían incluirse en el proceso a los ministros de finanzas, de planificación, de desarrollo económico y de educación. En el caso de los servicios de salud, los ministerios responsables de la salud y del servicio público también deberían participar. Cuando existen servicios descentralizados, son varios los niveles del gobierno que participan, incluidas las autoridades locales.

Los gobiernos tienen una función en los servicios de salud, como empleadores y como reglamentadores. Algunas estructuras de gobierno son también responsables de garantizar la coordinación entre los sectores público y privado en los servicios de salud.

En Nueva Zelanda, en el marco de las reformas del sector de la salud que se iniciaron en 1999 tras las elecciones y la formación de un gobierno de coalición entre el Partido de la Alianza y el Partido Laborista, los Consejos de Salud de Distrito (DHB) recibieron (como instancias sanitarias descentralizadas) la responsabilidad de llevar a cabo «la coordinación efectiva de la planificación, la prestación y la evaluación de los servicios de salud entre el sector público, el privado y el no gubernamental» <sup>20</sup>.

<sup>18</sup> C. Fischbach-Pyttel: declaración de apertura en la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector de los Hospitales en Europa (Bruselas, 4-5 de febrero de 2002) (<http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/Tale4-Carola.shtml>).

<sup>19</sup> Eurocarenet: *Change of work organisation and development of key qualifications: a collection of experiences from a Leonardo da Vinci project* (2001), pág. 125.

<sup>20</sup> Gauld, *op. cit.*, pág. 181.

---

Habida cuenta de la función que desempeña el Gobierno como empleador, se han de considerar diversas estructuras y regímenes descentralizados. La descentralización tiende a producirse con frecuencia dentro de los límites que marcan los recursos financieros y de personal de que se dispone, y a veces por debajo de ellos. Pero la descentralización y las responsabilidades delegadas en materia de recursos humanos hacen que sea difícil para el Gobierno central calcular las necesidades de personal y controlar la dotación de personal de plantilla. Por ejemplo, en Nueva Zelanda y durante el período de reformas de la salud de 1999, el Ministerio de Salud decidió no modificar la dotación de personal de plantilla al transferir las competencias a las 21 agencias locales del sistema de DHB, y con frecuencia se ha dicho que el número de empleados recomendado por las autoridades centrales no era suficiente para desempeñar las funciones de los DHB <sup>21</sup>.

En la administración pública, la negociación colectiva plantea unos problemas específicos <sup>22</sup>. Por una parte, es frecuente que existan estatutos que restrinjan la negociación. En el sector público de los servicios de salud, a veces han surgido propuestas para desligar las condiciones de servicio de los trabajadores de la salud de la administración pública. Por otra parte, la remuneración de los funcionarios públicos supone un coste económico para los presupuestos públicos que hace que las partes negociadoras dependan de la administración central. En la actualidad, pueden existir algunas limitaciones derivadas de las consecuencias presupuestarias de los acuerdos o tratados, tanto a nivel regional o internacional. Por ejemplo, el acuerdo de la Unión Europea sobre la introducción del euro establece unos porcentajes máximos de endeudamiento presupuestario para los Estados miembros.

A estos problemas se añaden otros como la fijación de las materias objeto de negociación y su reparto entre los distintos niveles de la compleja estructura del Estado así como la determinación de las partes negociadoras en dichos niveles <sup>23</sup>.

Ello explica que el Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151) y el Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154), admitan que se puedan establecer modalidades particulares para la negociación colectiva en la administración pública. No obstante, los casos en los que ello es posible requieren un estudio más detallado. En este sentido, la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones de la OIT manifiesta lo siguiente:

«Las disposiciones legislativas que habilitan al Parlamento o al órgano competente en materias presupuestarias para fijar un «abanico» salarial que sirva de base a las negociaciones, o establecer una «asignación» presupuestaria global fija en cuyo marco las partes pueden negociar las cláusulas de índole pecuniaria o normativa [...] o incluso las disposiciones que confieren a las autoridades públicas que tengan atribuidas responsabilidades financieras el derecho de participar en las negociaciones colectivas junto al empleador directo, en la medida en que dejen un espacio *significativo* a la negociación colectiva. Es fundamental, empero, que los trabajadores y sus organizaciones puedan participar plenamente y de manera significativa en la determinación de este marco global de negociación, lo que implica, en particular, que dispongan de todas las informaciones financieras presupuestarias o de otra naturaleza que le sirvan para evaluar la situación con pleno conocimiento de causa» <sup>24</sup>.

<sup>21</sup> *Ibíd.*, pág. 203.

<sup>22</sup> Véase, por ejemplo, Gernigon y varios, *op. cit.*, págs. 48-49.

<sup>23</sup> *Ibíd.*

<sup>24</sup> OIT: *Libertad sindical y negociación colectiva*, Informe III (Parte 4B), Conferencia Internacional del Trabajo, 81.ª reunión, Ginebra, 1994, párrafo 263 citado *ibíd.*

En un estudio reciente de la OIT se brinda un panorama general de la práctica del diálogo social en la administración pública por parte de los gobiernos de algunos países, como Australia, Barbados, Canadá, Egipto, España, Filipinas, India y Malí <sup>25</sup>.

En cuanto al programa de diálogo social, el reto de los gobiernos consiste en cómo entablar y mantener unos procesos de reforma que contribuyan a establecer unos servicios de salud rentables y de calidad, pero que no requieran recursos adicionales ni planteen problemas a la hora de su puesta en marcha.

La reforma del sector de la salud que se ha puesto en marcha en Nueva Zelanda (1999), constituye una buena muestra del abanico de actividades que han de llevarse a cabo y de los interlocutores que han de formar parte de este proceso <sup>26</sup>. Tras las elecciones de 1999, el Gobierno inició un proceso de reforma cuya fase de aplicación sigue en marcha en 2002, tras haber dado cima a las fases de planificación (2000) y de legislación (2001). Para eludir la oposición a la reforma, y movilizar el apoyo y cooperación de todas las partes interesadas a nivel central y descentralizado, se estableció un detallado proceso de planificación con etapas programadas (cuadro 2.1). Como el objetivo general del Gobierno era mejorar la salud en general y reducir las diferencias entre los grupos de población, se dedicó especial atención a la igualdad de oportunidades entre todos los grupos de población, comprendido el pueblo indígena maorí.

**Cuadro 2.1. Programa de la reforma del sector de la salud en Nueva Zelanda**

Política de desarrollo, consulta y legislación	Fechas indicativas
Estrategia de desarrollo y consulta en materia de salud en Nueva Zelanda	Enero-junio de 2000
Diseño estructural de los documentos de política que serán presentados a las comisiones gubernamentales	Febrero-abril de 2000
Elaboración del proyecto de ley sobre los servicios de salud pública de Nueva Zelanda	Abril de 2000
Adopción del proyecto de ley	Mayo de 2000
Presentación del proyecto de ley ante la Comisión Especial; consultas y tercera lectura	Mayo-septiembre de 2000
<b>Aplicación de la reforma en el sector</b>	
Establecimiento del Consejo Provisional de la Autoridad de Financiación de la Salud (HFA)	Febrero de 2000
Expectativas en relación con los Consejos del HFA y del Servicio de Salud y Hospitales (HHS) elaboración de las políticas	Febrero de 2000
Inicio del período transitorio del HHS (directores adicionales, subcomisiones)	A partir de febrero de 2000
Desaparición del HFA (una vez promulgada la legislación)	Noviembre de 2000

<sup>25</sup> J.L. Daza Pérez: *Governments' practice of social dialogue in the public service*. Department for Government and Labour Law and Administration (Ginebra, OIT, de próxima publicación).

<sup>26</sup> Las informaciones sobre Nueva Zelanda proceden básicamente de R. Gauld, *op. cit.*, págs. 179-211.

Política de desarrollo, consulta y legislación	Fechas indicativas
Establecimiento y designación provisional de los Consejos de Salud de Distrito (DHB)	Noviembre de 2000
Elección de los miembros de los DHB (y revisión de los nombramientos)	Octubre-noviembre de 2001

Fuente: *Minister of Health: Health and disability changes and their implementation, Memorandum to Cabinet Business Committee (Wellington)*, citado en R. Gauld, *op. cit.*, pág. 187.

Sin embargo, fue necesario introducir modificaciones en el plan ya que no se estaban cumpliendo los plazos de su aplicación y se requería una mayor participación por parte de los proveedores de asistencia sanitaria. El proceso fue definido como una mezcla de planteamientos ascendentes y descendentes. Se llevó a cabo un proceso de diálogo social con miras a la elaboración y aplicación de la política. Como parte del proceso de descentralización, el propio Ministerio de Salud pasó en 2000 por un proceso de reestructuración. Durante el período de transición al sistema descentralizado de los Consejos de Salud de Distrito (DHB), se previeron importantes problemas y se solicitó a los encargados de la planificación de los DHB que definieran cuáles eran los riesgos potenciales y las estrategias de gestión para abordarlos (cuadro 2.2).

**Cuadro 2.2. Los riesgos de la transición y la gestión de los mismos en los Consejos de Salud de Distrito (DHB) de Nueva Zelanda**

Riesgo	Estrategia de gestión
Aumento de los costos de planificación, consultas, comunicación, etc.	Garantizar el reembolso por parte del Ministerio de Salud
Falta de experiencia en la valoración de las necesidades	Proceso de desarrollo compartido Contratar epidemiólogos y demógrafos en el extranjero
Demasiadas expectativas por parte de la comunidad	Compromiso constante con la comunidad
Fracaso en la asociación con los maoríes	Establecimiento de una comisión de salud maorí Establecimiento de alianzas
Incapacidad para establecer un marco prioritario	Trabajar con la oficina local del Organismo de Financiación de la Salud (HFA) para adquirir los conocimientos y capacidades requeridos
Sistemas de información poco adecuados	Plan de acción regional y local en fase de desarrollo
Información poco disponible	Trabajar para atraer personal experimentado del HFA
Sensación de que hay favoritismos por parte del hospital o del proveedor público	Situar los DHB fuera del hospital Procesos transparentes de contratación
Incapacidad para financiar los planes de los DHB	Buscar garantías en las estructuras de financiación del Ministerio de Salud
Diferentes motivaciones y objetivos con relación a los proveedores	Contratar proveedores en base a planes de desarrollo estratégicos y anuales

Riesgo	Estrategia de gestión
Presión adicional sobre la mano de obra durante el período de transición	Garantizar un control eficaz de los recursos humanos
Pérdida de personal clave durante el período de transición al HFA	Solicitar al Ministerio de Salud que desarrolle una estrategia de recursos humanos a escala nacional
Aumento de los costos de transacción y gestión	Desarrollar presupuestos y planes transparentes
Expectativas de todos los grupos interesados de ser incluidos en las comisiones de los DHB	Promover grupos de planificación estratégica basados en el servicio
Riesgos y responsabilidades transferidos a los DHB sin el debido reconocimiento	El Ministerio de Salud pondrá en marcha un procedimiento de «obligada diligencia» del HFA y del Servicio de Salud y Hospitalización (HHS); contribución de los DHB a este proceso
Poco tiempo para planificar y preparar (para el 1.º de julio de 2001) la transferencia de las responsabilidades de financiación para el personal del sector de la salud	Concentrarse en el apoyo al grupo de trabajo sobre la salud individual Compartir las labores de los servicios de salud para abarcar todas las cuestiones en detalle
Falta de información relativa a los contratos por parte del HFA	Realizar estimaciones aproximadas basadas en la información disponible
Incapacidad de los DHB para desarrollar una «cultura de financiación»	Reflejar los cambios producidos en los niveles de la administración Reconocer la necesidad de un cambio en las políticas de empleo Hacer partícipes e informar a los órganos de gestión del HHS acerca del cambio

Fuente: R. Gauld, *op. cit.*, págs. 204-205.

Brasil y Chile también han descentralizado sus estructuras de gobierno en el sector de la salud (para más detalles sobre la experiencia en Brasil y Chile véanse las secciones 2.8.1 y 2.8.3). En Brasil, se estableció en 1988 el Sistema Unificado de Salud (SUS), al objeto de lograr una asistencia sanitaria universal y equitativa. Este objetivo se alcanzó mediante la descentralización de la gestión de los sistemas de salud en beneficio de las autoridades municipales. En 1997, el Ministerio de Salud estableció una Comisión Nacional de Negociación para abordar los conflictos en materia de trabajo en los distintos niveles del SUS.

En Chile, el Ministerio de Salud gestiona y regula el sector de la salud a través de 29 agencias regionales que son responsables de la prestación de los servicios de salud, de la promoción de la salud y de los programas de protección de la salud. Desde 1998, se han venido creando centros de salud familiar con el fin de ofrecer asistencia básica, incluyendo visitas a domicilio y consejos a las familias. A pesar de la descentralización, estos centros deben mantener informado al Ministerio de Salud acerca de sus actividades. En el año 2000, se inició un proceso de reforma del sector de la salud en el que participaron los interlocutores sociales y otros grupos de la sociedad civil<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Lethbridge, *op. cit.*

---

## 2.4. Los empleadores y sus organizaciones en los servicios de salud

En las últimas dos décadas los empleadores de los servicios de salud han registrado considerables cambios. En el pasado, el Ministerio de Salud era con frecuencia el mayor empleador nacional en este sector y dirigía el proceso de negociación colectiva y otros mecanismos para determinar la remuneración en el ámbito nacional. En muchos países, los servicios de salud han aplicado tradicionalmente las disposiciones generales vigentes para el personal del servicio público. A raíz de la descentralización de los servicios de salud (con la consiguiente transferencia de responsabilidades a las autoridades locales y regionales) y de la aparición de empresas públicas más independientes en el sector de la salud, hay ahora una variedad de empleadores públicos, con nuevas organizaciones representativas. Al centrarse en aumentar la calidad y brindar servicios más eficientes, los servicios de salud han empezado a establecer unidades locales más pequeñas, en las que se ha asignado poder de decisión a nuevos administradores. El empleador público ha sido sustituido en muchos casos por empleadores más autónomos que se esfuerzan por asegurar la eficiencia en las condiciones locales. Al mismo tiempo, en muchos países sigue haciendo falta la cooperación y coordinación con otros empleadores públicos o semipúblicos similares. Estos empleadores públicos han creado sus propias organizaciones, algunas de las cuales han establecido estrechos vínculos con empleadores privados, como en el caso de Kenya, donde la Asociación de Empleadores de los Gobiernos Locales forma parte de la Federación de Empleadores de Kenya<sup>28</sup>.

En el sector sin fines de lucro de los servicios privados de salud, los empleadores mantienen a menudo estrechos vínculos con los empleadores públicos. En cierto número de países (como Alemania) los empleadores se adhieren a los convenios del servicio público en cuanto a condiciones de empleo y de trabajo. Pero en algunos casos no concluyen convenios colectivos con los sindicatos de trabajadores de la salud, sino que se basan en contratos individuales.

En el sector privado, la profesión médica se compone en gran parte de profesionales independientes que emplean a un reducido número de personas en el marco de su actividad. En algunos países (por ejemplo en los Estados Unidos) los trabajadores independientes del sector de la salud participan cada vez más en negociaciones con planes de salud privados como las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO). Por consiguiente, han tratado de hacerse representar mediante redes y asociaciones con el fin de entablar un diálogo social con quienes adquieren sus servicios. En Brasil, un tercio de los médicos independientes del país se ha organizado en cooperativas que a su vez se han federado en la cooperativa proveedora de servicios de salud más grande del mundo, que presta servicios a aproximadamente 11 millones de usuarios<sup>29</sup>.

La creciente necesidad de servicios de salud ha suscitado un interés cada vez mayor de las empresas privadas por ese sector, y ha dado lugar a la aparición de nuevos empleadores en otros sectores de servicios, como los seguros, la limpieza, la restauración, la tecnología de la información y la gestión. Cierta número de empleadores privados han emprendido la prestación de servicios de interés público y han ingresado así en mercados reglamentados. Estos empleadores están con frecuencia afiliados a asociaciones externas al sector de la salud y prefieren llevar a cabo negociaciones en el ámbito de la empresa o a nivel individual.

<sup>28</sup> Fashoyin: *Kenya, op. cit.*, pág. 8.

<sup>29</sup> G. Ullrich: «Innovative approaches to cooperation in health care and social services», en *Journal of Cooperative Studies* (Manchester), vol. 33, núm. 1, abril de 2000, pág. 57.

Hay, en cambio, otras empresas privadas con un largo historial de prestación de servicios de salud: por ejemplo, Kaiser Permanente es una de las más grandes organizaciones de conservación de la salud de los Estados Unidos, y desde el decenio de 1990 (recuadro 2.2) ha venido desarrollando el diálogo social con una coalición de organizaciones de trabajadores de la salud.

#### Recuadro 2.2

##### Kaiser Permanente (Estados Unidos)

Kaiser Permanente ha evolucionado a partir de programas de atención de salud en el sector industrial para la industria de la construcción, los astilleros y las fábricas de acero durante la Segunda Guerra Mundial. Sus fundadores (el empresario Henry J. Kaiser y el médico Sidney Garfield) lanzaron el concepto pionero de la asistencia médica de pago anticipado que debía estar al alcance de los interesados, ser accesible y de alta calidad. Kaiser es ahora una de las más grandes organizaciones de mantenimiento de la salud de los Estados Unidos: presta servicios a más de 8 millones de usuarios y emplea a más de 100.000 médicos, enfermeros, personal relacionado con la salud y profesionales empresariales. La organización se compone de dos partes: el plan de salud y los hospitales de la Fundación Kaiser sin fines de lucro y los Grupos Médicos Permanentes. Además de su sede nacional en Oakland, California, Kaiser Permanente tiene instalaciones en California (donde emplea a 7.000 profesionales médicos y otros 80.000 profesionales y trabajadores afines), así como en otros ocho estados.

En 1997, la Coalición de Sindicatos de Kaiser Permanente, afiliada a la AFL-CIO (compuesta por 33 sindicatos y asociaciones profesionales en el sector de los servicios de salud y otros sectores) y Kaiser Permanente concluyeron un acuerdo nacional de asociación entre los trabajadores y la dirección, tras lo cual hubo un largo proceso de diálogo social y negociación colectiva que dio lugar en septiembre de 2000 a la celebración de un Acuerdo Nacional. El Acuerdo Nacional prevé un marco en el que los sindicatos y los trabajadores se integran en foros de planificación y toma de decisiones a todos los niveles, incluidos los correspondientes al presupuesto, las operaciones, las iniciativas estratégicas, los procesos de calidad y la dotación de personal. La finalidad del mismo es apoyar el LMP a nivel local y nacional. Este Acuerdo abarca las prerrogativas y obligaciones de la coparticipación, prevé mecanismos para la ampliación de la misma y la transformación organizativa; contiene disposiciones específicas en materia de remuneración, prestaciones y procedimientos de solución de conflicto y sobre el alcance, la aplicación y la finalización del Acuerdo. Este Acuerdo fue el resultado de la cooperación entre unos 300 representantes de los sindicatos y la dirección en todos los niveles. Las actividades de coparticipación se han extendido a otras instalaciones de Kaiser Permanente y también se han abordado nuevas cuestiones. En el ámbito de la toma de decisiones compartida, un subcomité conjunto de los trabajadores y la dirección está elaborando una política nacional y un proceso de toma de decisiones. Entre otras cuestiones, el subcomité examinará la posibilidad de volver a absorber tareas que actualmente subcontrata Kaiser Permanente.

Fuente: (<http://www.kaiserpermanente.org>; <http://www.unac-ca.org/pdf/nationalagreement2000.pdf>).

Un desafío relativamente nuevo para muchos empleadores es el que plantean las asociaciones entre entidades del sector público y del sector privado, a través de las cuales una entidad de servicios de salud pública establece acuerdos con proveedores privados, como hizo hace poco el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido con la empresa privada BUPA. En virtud de este acuerdo, el Hospital Redwood (propiedad de BUPA en Redhill, Surrey) realizará 5.000 operaciones de rutina cada año con el fin de reducir las listas de espera. BUPA presentará al NHS la factura por el trabajo realizado. Este plan debía ponerse en marcha en abril de 2002. Este será el primero de 20 centros de diagnóstico y tratamiento que el Gobierno ha prometido para 2004, en el marco del plan del NHS. El objetivo es reducir el período de espera para una operación a un máximo de seis meses para 2005<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> BBC News: *Unions attack private hospital deal*, 4 de diciembre de 2001 (<http://news.bbc.co.uk>).

En la Unión Europea, para hablar sólo del sector de los hospitales, es difícil (si no imposible) encontrar un asociado que represente a las organizaciones de empleadores<sup>31</sup>. Los hospitales son administrados por autoridades estatales, locales o regionales y por organizaciones eclesiásticas o privadas. Estas organizaciones suelen estar (aunque no necesariamente) afiliadas a organizaciones de empleadores que abarcan varios sectores, que a su vez son parte de la Unión de Confederaciones Industriales y de Empleadores de Europa (UNICE) o del Centro Europeo de Empresas con Participación Pública y de Empresas de Interés Económico General (CEEP). Todas las organizaciones municipales están afiliadas al Consejo de Municipalidades y Regiones Europeas — Plataforma de los Empleadores (CEMR EP). De acuerdo con los resultados preliminares de un estudio sobre la representatividad del CEMR EP, por lo menos en ciertos países nórdicos (Dinamarca, Finlandia y Suecia) y otros Estados miembros de la Unión Europea la atención de salud pública local se ha organizado de tal manera que las autoridades locales que actúan como empleadores o sus asociaciones son parte en la negociación en el sector de los hospitales. No obstante, no hay una representación sectorial clara de los empleadores a nivel europeo, ya sea que se trate de servicios de salud públicos o privados.

En Dinamarca, la Asociación de Consejos de Condado actúa como la organización central de los condados en la negociación colectiva sobre los salarios. Esta Asociación y los sindicatos nacionales negociaron un acuerdo marco sobre salarios, horas de trabajo y otras condiciones de trabajo, teniendo en cuenta la situación económica nacional. En los últimos años ha habido una tendencia a delegar las facultades y responsabilidades relativas a las negociaciones y los acuerdos en los interlocutores sociales a nivel de condado o de hospital. Esto es parte de una estrategia que tiene por finalidad otorgar a los lugares de trabajo más flexibilidad y libertad dentro del marco nacional<sup>32</sup>.

#### Recuadro 2.3

##### La perspectiva de un empleador de Dinamarca

«Debo destacar que las características que definen el sector de la atención de salud hacen que sea más evidente que no se puede adoptar simplemente la perspectiva de un empleador o de la dirección cuando se trata de este sector. Desde mi punto de vista, hay que dar participación a los empleados y lograr el compromiso de los mismos, de lo contrario no se podrá tener éxito en el establecimiento y desarrollo de un sector de atención de salud que responda a las necesidades del siglo XXI.»

Fuente: Bent Hansen, alcalde del condado de Viborg (Dinamarca), Presidente de la Comisión de Servicios de Salud de la Asociación de Consejos de Condado de Dinamarca: intervención en la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector de los Hospitales en Europa (Bruselas, 4-5 de febrero de 2002) (<http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7-BentHansen.shtml>).

Los problemas que se plantean a los empleadores en el diálogo social pertenecen a los ámbitos de la contratación y la retención de personal calificado, la aplicación de la gestión de los resultados y el mantenimiento de los costos en un nivel bajo satisfaciendo al mismo tiempo las exigencias de los compradores de servicios de salud. Estos desafíos se plantean independientemente del carácter público o privado de los compradores de servicios de salud. En vista de la escasez de personal calificado, la preocupación por la formación permanente y por la combinación adecuada de calificaciones constituye una prioridad. Por

<sup>31</sup> M. Tasta: declaración de apertura en la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector de los Hospitales en Europa (Bruselas 4-5 de febrero de 2002).

<sup>32</sup> B. Hansen: «Presentation of national health system models: The Nordic Model», intervención en la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector de los Hospitales en Europa (Bruselas, 4-5 de febrero de 2002) (<http://www.eurocarenet.org/allefiler/Taler1/tale7-BentHansen.shtml>).

---

ejemplo, los empleadores europeos afiliados a la UNICE han destacado la importancia de desarrollar la formación permanente.

## 2.5. Los trabajadores de la salud y sus organizaciones

Los trabajadores de la salud han tenido tradicionalmente un alto grado de sindicación y/o afiliación a asociaciones profesionales. Dado que están empleados principalmente en el servicio público, una proporción relativamente grande de estos trabajadores son miembros de organizaciones del servicio público. Por ejemplo, en Dinamarca la tasa de sindicación es superior al 90 por ciento, en Italia oscila entre el 50 y el 68 por ciento, según la categoría de trabajadores de que se trate<sup>33</sup> y en Ontario (Canadá) se sitúa en el 43,9 por ciento<sup>34</sup>. Sin embargo, como resultado de la privatización y la subcontratación, la afiliación a los sindicatos del servicio público parece estar disminuyendo. Algunas organizaciones se han diversificado para representar también a los trabajadores de la salud del sector privado. No obstante, el principal interlocutor para los sindicatos de trabajadores de la salud es el gobierno. El enfoque del diálogo social de los trabajadores de la salud se orienta hacia los servicios de salud como servicio público, tal como se expresa en varias declaraciones conceptuales formuladas por la Internacional de Servicios Públicos (ISP) (recuadro 2.4).

### Recuadro 2.4

#### La ISP y el diálogo social: una declaración de política

«Ninguna estrategia sindical tiene posibilidades de éxito a menos que los sindicatos estén determinados a desempeñar su papel cabalmente y establecer organizaciones democráticas fuertes, con suficientes recursos y eficaces, que otorguen a los trabajadores el poder y la capacidad para organizar la sociedad en su interés. Cualquier estrategia que no parta de esa premisa estará destinada al fracaso. Una vez que los trabajadores están organizados tienen que fijarse varios objetivos políticos (a veces con la asistencia de quienes ocupan posiciones de mayor fuerza) respecto de los cuales tienen que convencer a sus compatriotas, sus empleadores y sus gobiernos:

- el Estado tiene que desempeñar un papel acordado asegurando la financiación y proporcionando productos y servicios (sociales y materiales) que son esenciales para el efectivo funcionamiento de su sociedad;
- el Estado debe tratar a todos sus ciudadanos, y especialmente a sus propios empleados, de manera justa;
- la economía política de un país tiene que basarse en el consenso y en la participación política y económica de toda la población.

En especial, como representantes de los trabajadores, los sindicatos deben exigir que se les trate como auténticos interlocutores sociales en toda planificación socioeconómica y toma de decisiones importantes. Se trata pues de un diálogo social cabal, ni más ni menos. Si el gobierno respeta estos principios, los sindicatos pueden considerar cualquier proposición porque podrán negociar en una atmósfera de genuina coparticipación social. Los gobiernos tienen que elegir: o bien quieren hacer un trato con los trabajadores y sus sindicatos o bien quieren enfrentarlos como oposición. Hay que reconocer, sin embargo, que algunos sindicatos pueden considerar que estos principios del diálogo social son imposibles de lograr o bien son suicidas porque su gobierno es hostil a los mismos. En ese caso, tiene que quedar claro que ese gobierno ha elegido tirar por la

<sup>33</sup> S. Dragonetti: «The Italian model of social dialogue in the National Health Service», intervención en la Segunda Conferencia sobre el Diálogo Social en el Sector de los Hospitales en Europa (Bruselas, 4-5 de febrero de 2002).

<sup>34</sup> Esa cifra se refiere a los servicios de atención de salud y asistencia social. Véase, OIT: *Examen de las memorias anuales con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*, Parte II, 283.ª reunión del Consejo de Administración, documento GB.283/3/2, Ginebra, marzo de 2002, pág. 40.

borda la oportunidad de concebir una sociedad distinta y servicios públicos de calidad y busca el conflicto. En tales circunstancias, los sindicatos tendrán que adoptar estrategias basadas en principios totalmente diferentes de los antes mencionados. Los sindicatos tienen que poner bien en claro ante la opinión pública esta opción de los gobiernos.»

Fuente: Información facilitada por la ISP para la elaboración de este informe (marzo de 2002).

En los servicios de salud, las organizaciones de trabajadores se enfrentan hoy en día con el complejo desafío que supone la unidad en situaciones de diálogo social. Además de la fragmentación profesional en los sindicatos y asociaciones que representan a los trabajadores de la salud, otra dificultad para lograr la unidad reside en la descentralización de los servicios públicos y su transferencia a los gobiernos locales u otros empleadores públicos con sus propios organismos para la negociación colectiva. De hecho, puede incluso resultar difícil para las organizaciones de trabajadores identificar a sus interlocutores para el diálogo. Los sindicatos de trabajadores de la salud de Europa Central y Oriental afiliados a la ISP informan que las direcciones central, regional y local se niegan a menudo a reconocer que son los empleadores/la dirección. Esto plantea serias dificultades para los trabajadores y sus sindicatos cuando se trata de abordar las cuestiones relativas a las relaciones laborales. A su vez, esto puede dar lugar a que los trabajadores consideren que los sindicatos no pueden hacer nada por ellos.

En los países en transición, la disminución de la afiliación sindical de los trabajadores de la salud tras la caída de los regímenes comunistas ha sido, en muchos casos, rotunda<sup>35</sup>. En el decenio de 1990, la sindicación bajó del 100 al 20 por ciento en Lituania, del 93,5 al 32,5 por ciento en la República Checa, del 99 a 50,2 por ciento en Letonia y del 80 al 30 por ciento en Armenia. En Polonia, el nivel de sindicación de por sí bajo del 40 por ciento disminuyó al 20 por ciento. Sólo en Kirguistán y Ucrania la afiliación sigue siendo superior al 95 por ciento. Las razones de esta baja en los niveles de sindicación son bastante complejas. En el sector público, la dirección parece adoptar una posición neutral con respecto a las actividades sindicales. Pero no parece que la actitud de desalentar la sindicación, que es frecuente en el sector privado, sea la única causa de esta evolución, porque en Europa Central y Oriental el empleo en el sector privado de los servicios de salud sigue siendo escaso, y porque el escaso incremento de los servicios privados no explica, en ningún caso, esta baja de los niveles de sindicación. La explicación más lógica es que esta baja ya era previsible desde el momento en que se suprimió la afiliación obligatoria y se instauraron la libertad de asociación y la libertad sindical.

Como se ha observado en el marco del proyecto OIT/ISP sobre la privatización de la atención de salud en Europa Central y Oriental, en algunos países en transición el número de sindicatos que representan a los trabajadores de la salud no ha variado; a menudo un único sindicato representa a toda la fuerza de trabajo, como ocurre por ejemplo en Armenia, Belarús, Kirguistán y la República de Moldova. En otros países, el número de sindicatos que representan a las diferentes categorías de trabajadores de la salud ha aumentado, y esto puede haber contribuido a una cierta fragmentación de las organizaciones de trabajadores. Este es el caso, por ejemplo, en Croacia, Lituania y Polonia, donde el monopolio de una única organización ha sido sustituido por 10, 8 y 7 organizaciones respectivamente. A veces, esto ha llevado a las organizaciones de trabajadores a pensar que los intereses de pequeños grupos o de determinadas profesiones se promueven a expensas de otros grupos, lo cual obstaculiza los acuerdos generales y una representación más amplia. El número de asociaciones profesionales ha aumentado también al parecer en algunos países, aunque los datos al respecto son incompletos.

<sup>35</sup> C. Afford: *Privatization of health care in Central and Eastern Europe*, Programa InFocus sobre Seguridad Social y Económica (Ginebra, OIT, de próxima publicación), págs. 40-41.

---

Según los resultados de las investigaciones del proyecto de la OIT/ISP, el papel de los sindicatos en Europa Central y Oriental parece haber evolucionado en algunos países en los últimos diez años, pero conserva una serie de actividades comunes. La mayoría de los sindicatos se centran en la negociación relativa a los salarios, las prestaciones y la formación. El poder de negociación de los sindicatos varía según actúen en el sector privado o en el sector público. Los sindicatos participan en la negociación con más frecuencia que las asociaciones profesionales. En la mayoría de los países, las negociaciones tienen lugar en los ámbitos nacional, provincial y de establecimiento. El número de niveles de negociación plantea el problema de saber hasta qué punto un acuerdo nacional es vinculante para la institución que emplea el personal. El único caso en que la negociación colectiva está limitada al ámbito nacional es el de Croacia. Las actividades de las organizaciones de trabajadores pueden trascender la negociación colectiva: en algunos países, participan también en la gestión de los hospitales, especialmente con respecto a las cuestiones relativas a los derechos de los trabajadores (por ejemplo, en Armenia, Lituania y Polonia) o bien pueden aportar apoyo financiero para la formación y certificación (por ejemplo, en Letonia). Asimismo, pueden participar con distinta frecuencia en consultas con los interlocutores sociales sobre temas tales como la formación, las horas de trabajo y de descanso, así como sobre cuestiones más amplias relacionadas con las reformas y la legislación.

Los trabajadores del sector de la salud en esta región han evitado en general la huelga, aunque el derecho de huelga no suele estar restringido en la mayoría de las ocupaciones del sector (excepto en Polonia para los médicos, en la República de Moldova para los médicos que traban en servicios esenciales y en Armenia para médicos y enfermeras). No obstante, ha habido manifestaciones en casi todos los países en los últimos años, lo cual indica que se han planteado problemas en las relaciones de trabajo en los servicios de salud, aunque éstos no se reflejen estadísticamente en días de trabajo perdidos a causa de acciones laborales<sup>36</sup>.

En contraste con esta evolución en algunos países de Europa Central y Oriental, en otras partes de Europa los sindicatos de los sectores de servicios se han unido a nivel nacional posibilitando así que los trabajadores tengan más fuerza para hacer valer sus opiniones en el diálogo social. Dos ejemplos de esas fusiones son UNISON en el Reino Unido (recuadro 2.5) y Ver.di, el sindicato más grande del mundo en el sector de los servicios constituido en Alemania en 2001. En la Unión Europea, los trabajadores de los servicios de salud están representados principalmente por la Federación Europea de Sindicatos del Servicio Público (EPSU). Esta Federación ha establecido cuatro comités permanentes sectoriales, incluido un comité para los servicios de salud y los servicios sociales.

#### Recuadro 2.5

##### Representación de los trabajadores de la salud por UNISON (Reino Unido)

UNISON es el resultado de la fusión de tres sindicatos del sector público en el Reino Unido. Cuando se constituyó en 1993, UNISON se convirtió en el sindicato más importante del país y más representativo de los trabajadores del sector público, pues cuenta con 440.000 trabajadores del sector de la salud. La creación de UNISON no sólo fue una respuesta a los cambios estructurales ocurridos en el empleo del sector público en el Reino Unido, sino que también nació de la necesidad de sus miembros de unirse para ocupar una mejor posición en la negociación colectiva. Los salarios siempre han sido el tema principal de la negociación colectiva. Con los gobiernos conservadores del período 1979-1997, el sector público descentralizó cada vez más la fijación de salarios, y esto se fragmentó aún más con la privatización. La ley de asistencia social de 1990 (*Community Care Act*) constituyó el desafío más grande para la negociación

<sup>36</sup> *Ibid.*, págs. 40-42.

colectiva en el plano nacional y la misión de representación propia de los sindicatos. La separación de las funciones de consumidor y proveedor de los servicios de salud, dispuesta por la ley, supuso también el suministro de servicios de salud privados y la creación de «mercados internos» en el sector público. Esa evolución permitió al Servicio Nacional de Salud fijar localmente los salarios y, por consiguiente, impulsó la fusión de UNISON uniendo las funciones de representación de los sindicatos en el plano nacional y local. Seguidamente, después de muchas acciones de huelga, UNISON logró modificar la política de los gobiernos conservadores respecto de estas cuestiones. Entre otros asuntos tratados por UNISON cabe citar la práctica de reemplazar a los enfermeros por asistentes de enfermería con una formación y salarios inferiores y, más generalmente, la cuestión de los salarios de los grupos ocupacionales menos remunerados que se han feminizado notablemente. Actualmente, bajo un gobierno laborista, los sistemas salariales aún no han cambiado de manera significativa como lo desearía UNISON y se observan crecientes diferencias salariales debido a la fijación descentralizada de los salarios y el aumento de la provisión de servicios de salud privados, lo que va acompañado de condiciones de trabajo y remuneración inferiores. Además, el elemento competitivo de la licitación obligatoria sigue siendo una obligación para los gobiernos locales y su incidencia sobre los niveles de los salarios no ha variado. UNISON espera que sea posible relacionar la fijación de los salarios directamente con las cuestiones de la contratación y el mantenimiento en el empleo en el caso de las profesiones de la salud donde el Servicio Nacional de Salud adolece de escasez de personal.

Fuente: C. Thornley; M. Ironside; R. Seifert: «UNISON and changes in collective bargaining in health and local government» en M. Terry (director de la publicación): *Redefining Public Sector Unionism: UNISON and the future of trade unions* (Londres/Nueva York, Routledge 2000), págs. 137-154.

En América Latina la situación es muy distinta en cuanto a la unión de las organizaciones de trabajadores de los servicios de salud. En Chile, la representación de los trabajadores de la salud está compuesta por diversas organizaciones, que se basan en las ocupaciones y en el tipo de servicio de asistencia médica que prestan; esta situación puede provocar una cierta fragmentación. Las principales organizaciones de trabajadores del sector de la salud en Chile son:

- Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada (CONFUSAM);
- Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS);
- Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud (FENETS);
- Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS);
- Colegio Médico de Chile;
- Colegio de Enfermeras de Chile;
- Colegio de Matronas de Chile <sup>37</sup>.

En los servicios de salud del Brasil la situación es diferente, aunque en los últimos años se observa también una cierta tendencia a la descentralización de la negociación colectiva. Según la ley, sólo una organización que tenga el estatuto de sindicato puede representar una profesión y un sector en un ámbito específico. No existe el estatuto jurídico de sindicato de empresa. La intervención del Estado ha sido reemplazada por la aplicación judicial de leyes intervencionistas. Los tribunales desempeñan una función importante respecto de la determinación de las condiciones de trabajo y las prestaciones, pero el creciente poder de los sindicatos y la descentralización de la negociación colectiva han

<sup>37</sup> Lethbridge, *op. cit.*

---

rebajado un tanto su influencia. En el sector de la salud, esta evolución se pone de manifiesto en el número de sindicatos existentes a nivel estatal, y los grupos profesionales afiliados a confederaciones, como por ejemplo la Confederación Nacional de los Trabajadores de la Seguridad Social (CNTSS) y la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CNTS). En el marco del Sistema Unificado de Salud (SUS), en 1997 se constituyó la Mesa Nacional de Negociación del SUS, en respuesta a una necesidad determinada por las conferencias nacionales de salud, las conferencias de recursos humanos del SUS y las organizaciones de los trabajadores de la salud. El objetivo era entablar un proceso de negociación nacional para resolver los conflictos laborales. La organización de dicho proceso de negociación estaba a cargo del Ministerio de Salud. El proceso comenzó en 1993, al constituirse oficialmente la Mesa Nacional de Negociaciones del SUS, al objeto de establecer un foro permanente de negociación entre los empleadores y los trabajadores del sistema de la salud. El Foro debía seguir vinculado al Consejo Nacional de Salud (CNS), de modo que el CNS pudiera desempeñar un papel de intermediario en caso de conflicto. La Mesa Nacional de Negociación estaba compuesta por nueve representantes de los empleadores del sector público y el Gobierno (sin que haya ningún representante del sector privado) y nueve representantes de los sindicatos y las organizaciones profesionales <sup>38</sup>.

En ciertos países de Africa no existe la posibilidad de que los trabajadores de la administración pública participen en el diálogo social. En Kenya, a pesar de que los funcionarios públicos tenían derechos sindicales antes de la independencia, en 1980 el Gobierno prohibió el Sindicato de Funcionarios Públicos de Kenya <sup>39</sup>. El Sindicato fue reemplazado por una asociación del personal sin derecho a negociar las condiciones de empleo. Todo intento de sindicación pro parte de los trabajadores de determinados sectores de la administración pública (como, por ejemplo los médicos) se consideró conflictivo, y fue objeto de una decidida oposición. A fines del decenio de 1980, una huelga de médicos del sector público, que trataban de crear su propio sindicato, acabó con el despido de los médicos huelguistas. Estas restricciones impuestas a los servicios públicos no constituyen características generales de los países de Africa. Zambia por ejemplo, ha sido pionera en materia de negociación colectiva en el sector público, que cuenta en ese país con unos 100.000 trabajadores <sup>40</sup>.

En algunos países y regiones, las organizaciones de trabajadores han creado asociaciones con otros interlocutores de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud <sup>41</sup>. En la Unión Europea, estas asociaciones han progresado mucho, lo que se advierte por el aumento de declaraciones conjuntas de política y programas de cooperación sobre cuestiones sociales generales <sup>42</sup>. En los Estados

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> Fashoyin: *Kenya, op. cit.*, págs. 13-14.

<sup>40</sup> Véase Fashoyin: *Zambia – The contribution of social dialogue to economic and social development in Zambia*, Programa InFocus sobre el Fortalecimiento del Diálogo Social (Ginebra, OIT, 2002), págs. 16-17.

<sup>41</sup> R. Simpson: *Decentralization and privatisation of municipal services: The perspective of consumers and their organizations*, documento de trabajo del Programa de Actividades Sectoriales (Ginebra, OIT, 2001), págs. 10-11.

<sup>42</sup> R. Hyman: *Social dialogue in Western Europe: «The state of the art»* Programa InFocus sobre Fortalecimiento del Diálogo Social, documento de trabajo núm. 1 (Ginebra, OIT, 2000), págs. 11-12.

---

Unidos, tras un período de participación marginal en ciertas grandes cuestiones sociales, surgieron varias iniciativas de acción conjunta, gracias a la asociación entre las organizaciones de trabajadores y otras organizaciones de la sociedad civil. El establecimiento de alianzas entre los trabajadores y la comunidad se ha convertido hoy en una de las principales prioridades del movimiento laboral de los Estados Unidos <sup>43</sup>.

En cuanto a las cuestiones de diálogo social, los retos que se plantean son el acceso a la educación y formación permanente en las profesiones de la salud en rápida evolución, así como la identificación de una combinación sostenible de calificaciones; la organización del trabajo; los sistemas salariales, y el mantenimiento del equilibrio de género cuando se procede a la reforma de los servicios de salud.

Por varios motivos, la *formación permanente* es una cuestión importante para las organizaciones de trabajadores. Constituye un instrumento catalizador de la evolución organizativa, puede ser muy útil para sus miembros a través de una negociación colectiva que abra oportunidades de formación profesional y, más recientemente, ha dado lugar a la creación de asociaciones de trabajadores y empleadores. En los Estados Unidos, la asociación de los trabajadores con la dirección entre Kaiser Permanente y la coalición sindical (véase la sección 2.4) da un papel preponderante a la educación y formación para el desarrollo de la propia asociación, así como para impulsar el desarrollo de las calificaciones con miras a brindar unos servicios de mayor calidad. En el Reino Unido, UNISON considera cada vez más el aprendizaje como un recurso estratégico en materia de diálogo social. Además de negociar para obtener oportunidades de formación profesional, el propio sindicato UNISON ofrece un programa de educación y formación mediante su universidad abierta (*Open College*) que, en el marco del excelente programa de reciclaje «Return to Learn», ofrece cursos de educación básica y formación profesional para diversas profesiones. Estas actividades apuntan a la educación y formación sindical de los afiliados, así como a facilitar la renovación organizativa y el desarrollo individual <sup>44</sup>.

Los *sistemas salariales* que los gobiernos han introducido o modificado en las reformas del sector de la salud, tratan de tener en cuenta la cantidad y la calidad de los servicios de salud para obtener resultados en materia de salud pública y para los usuarios de dichos servicios. A pesar de manifestar cierto interés por la motivación del personal, los gobiernos no se preocupan prioritariamente por tenerla en cuenta al introducir los nuevos sistemas salariales. Durante las negociaciones colectivas en relación con los salarios, los sindicatos y las asociaciones tiene que ser plenamente consientes del conflicto que puede producirse entre los objetivos de los gobiernos y los intereses de los trabajadores <sup>45</sup>. En Europa Central y Oriental, la remuneración de los trabajadores del sector de la salud comparado con el promedio salarial nacional ha disminuido (salvo excepción) tras las reformas estructurales. Ello se debe sobre todo a que las instituciones (públicas y privadas) fijan cada vez más los salarios a título individual, en detrimento de la negociación colectiva nacional <sup>46</sup>.

<sup>43</sup> K. Quan: *State of the art of social dialogue: The United States*, Programa InFocus sobre Fortalecimiento del Diálogo Social, documento de trabajo núm. 2 (Ginebra, OIT, 2000).

<sup>44</sup> A. Munro; H. Rainbird: «UNISON's approach to lifelong learning» en Terry (director de la publicación.), *op. cit.*, págs. 175-187.

<sup>45</sup> Afford, *op. cit.*, pág. 19.

<sup>46</sup> *Ibíd.*, págs. 43-44.

---

En el Reino Unido, desde 1997 los salarios de las enfermeras se ha convertido en un tema fundamental de la negociación colectiva, porque todos son muy conscientes de que va en aumento la escasez de personal en el sector. Antes de 1997, los aumentos de salario para las enfermeras y otros grupos profesionales del sector se limitaban al 1 por ciento anual; desde entonces, los aumentos de sueldo se han concentrado en grupos específicos, al objeto de contratar y retener enfermeras y otros trabajadores de la salud que se necesitaban con urgencia. El personal de nuevo ingreso ha percibido unos aumentos de sueldo más grandes, y las escalas salariales han sido ampliadas al máximo para retener el personal más experimentado. Esta medida ha generado mayores ingresos para el personal de los servicios de salud, comparados con las ocupaciones de otros sectores de los servicios públicos. Además, está previsto reducir las doce escalas de salarios actualmente existentes a tres: médicos, personal profesional y personal no profesional<sup>47</sup>.

Los sindicatos y las asociaciones han intensificado sus esfuerzos para tratar las cuestiones relativas a la *igualdad de oportunidades y de trato* entre hombres y mujeres (y otros grupos de trabajadores), recurriendo al diálogo social (véase también la sección 2.8.2). En los puestos de trabajo del sector de la salud ocupados principalmente por mujeres, el desafío en materia de género consiste sobre todo en ofrecer igualdad de oportunidades en el desarrollo de la carrera profesional, así como una remuneración equitativa para las mujeres<sup>48</sup>. En los casos de escasez de personal, también podría plantearse la cuestión de cómo atraer más hombres a esas profesiones. La proporción de trabajadoras en los servicios de salud suele ser muy elevado (véase la sección 1.3), aunque varía según las diferentes categorías profesionales. La proporción femenina más elevada se observa en las diferentes categorías de personal de enfermería y en las ocupaciones que requieren escasas calificaciones.

Por diversos motivos, en muchos países las perspectivas de ascenso profesional de las mujeres en los servicios de salud son escasas. Con frecuencia, ni siquiera se puede ascender cuando el trabajador se acoge al régimen de dedicación parcial, que tan corriente es entre las trabajadoras del sector de la salud. En la administración pública, el ascenso está vinculado a la antigüedad, y ello es también una desventaja para las mujeres con responsabilidades familiares, ya que a lo largo de su carrera toman varias licencias por razones familiares. En la función pública, los aumentos de sueldo están vinculados al ascenso, lo que explica en muchos casos los diferenciales de salarios. En 1992 se prestó especial atención a esta cuestión en la Reunión sectorial de la OIT sobre los servicios de salud, en el punto del orden del día «Igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres en los servicios médicos de salud».

A primera vista, la remuneración equitativa parece ser una noción evidente en el sector público, puesto que la remuneración de los trabajadores corresponde tradicionalmente a escalas salariales fijas, que se aplican por igual (y generalmente a nivel nacional) a personas cuyas funciones suelen estar uniformemente definidas en los diversos sectores. Sin embargo, un examen detenido revela que: *a*) el salario efectivo de las personas o grupos de personas depende de diversos factores de las escalas salariales; y

<sup>47</sup> Lethbridge, *op. cit.*

<sup>48</sup> La remuneración equitativa se define de la siguiente manera: «El aumento de los salarios de las mujeres a través de varios mecanismos, como la reivindicación de la igualdad de remuneración, salario igual por trabajo de igual valor o de valor comparable, un salario vital mínimo y la revalorización del trabajo de las mujeres», J. Pillinger: *Pay equity in the public services*, proyecto de informe de investigación salarial en el marco de la colaboración entre la ISP y la OIT sobre equidad salarial, como parte de la campaña de equidad salarial de la ISP (Programa InFocus sobre la Promoción de la Declaración (Ginebra, OIT, proyecto; glosario)).

---

b) la evolución actual del sector público suele llevar a una mayor flexibilidad salarial, que puede también dar lugar a falta de equidad en materia de remuneración<sup>49</sup>. En la administración pública, la igualdad de oportunidades y de trato no sólo es una obligación legal y social, sino una auténtica necesidad en estos tiempos de atención centrada en el usuario, y las mujeres suelen constituir la mayoría de los usuarios de dichos servicios. Además, el hecho de que ciertas profesiones sigan siendo menos remuneradas ha provocado una marcada escasez de personal calificado. En 2001, la Internacional de Servicios Públicos (ISP) ha emprendido una campaña entre sus afiliados para sensibilizarlos acerca de la remuneración equitativa y para promover, en colaboración con la OIT, el Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100) y el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111), que son convenios fundamentales de la OIT. Muchos sindicatos han reevaluado sus estrategias en materia de remuneración equitativa y han insistido más en la incorporación de las consideraciones de género y la promoción de la igualdad<sup>50</sup>.

Las organizaciones de empleadores y de trabajadores suelen compartir las preocupaciones antes mencionadas, de modo que constituyen elementos importantes para el establecimiento del diálogo social y de las asociaciones correspondientes.

## 2.6. Capacidad de diálogo social: condiciones y criterios

La capacidad de diálogo social depende de la situación legal, que está establecida en la legislación laboral y los estatutos de personal de la administración pública de un país determinado<sup>51</sup>, así como en las normas internacionales del trabajo y otros acuerdos y declaraciones internacionales. Además, depende de las capacidades organizativas y humanas de entablar y mantener un diálogo. Estas capacidades pueden ser influidas o reforzadas por la educación y formación, así como por otras formas de fomento de la capacidad.

Para que el diálogo social sea eficaz, deben reunirse ciertas condiciones, entre ellas las siguientes<sup>52</sup>.

*En primer lugar, se requiere que haya unos interlocutores sociales fuertes, independientes y responsables, con capacidad para entablar un diálogo eficaz.* Esta capacidad puede reforzarse mediante una formación para el diálogo social. Los proyectos y conferencias europeos sobre el diálogo social en el sector hospitalario (véase la sección 2.2), han puesto de manifiesto la necesidad de una formación intensiva de todas las

<sup>49</sup> Las clasificaciones salariales tal vez tengan que ser reemplazadas por un análisis más detallado del trabajo. El antiguo Sindicato de la Administración Pública de Alemania (ÖTV), actualmente fusionado en Ver.di, ha solicitado la incorporación de criterios adicionales a las evaluaciones (como las calificaciones, el estrés del trabajo, los requisitos en materia de liderazgo y las condiciones del medio ambiente de trabajo) que pueden resultar muy adecuados para las ocupaciones del servicio público; véase M. Behrens; M. Fichter; C. Frege; *Unions in Germany: Groping to regain the initiative*, Instituto Internacional de Estudios Laborales, documento de información núm. 131 (Ginebra, OIT, 2002), págs. 21-22.

<sup>50</sup> Para la consideración de diversas estrategias, véase Pillinger, *op. cit.*

<sup>51</sup> Para una perspectiva general, véase J. Hodges-Aeberhard: *Estudio comparativo contenido de los estatutos de la administración pública*, Departamento de Acción Gubernamental, Legislación y Administración del Trabajo, documento núm. 5 (Ginebra, OIT, 2001).

<sup>52</sup> Fashoyin: *Promoting social dialogue*, *op. cit.*, pág. 37.

---

partes interesadas en materia de diálogo social. Desde 2000, en el Reino Unido, el Wolverhampton Health Care NHS Trust ha desarrollado un programa piloto de formación para directivos, representantes sindicales y trabajadores. El programa se lleva a cabo en colaboración con UNISON y cuenta con el apoyo del Departamento de Comercio e Industria (véase la sección 2.8.4). En los Estados Unidos, el Acuerdo Nacional de 2000 entre Kaiser Permanente (véase la sección 2.4) y una coalición sindical reconoce que «es necesario un compromiso significativo con vistas a invertir en formación y educación de la fuerza de trabajo (...) Una participación que valga la pena requiere un elevado nivel de conocimientos y una buena inteligencia de la asistencia médica, de las actividades de Kaiser Permanente y de los principios de la asociación entre los trabajadores y la dirección. El acuerdo prevé la elaboración conjunta de programas de educación de trabajadores y un comité mixto para ponerlos en práctica <sup>53</sup>.

*En segundo lugar, tiene que haber una voluntad política decidida a comprometerse en el diálogo social, especialmente por parte del gobierno y los interlocutores sociales.* Ello requiere a su vez que los empleadores y los trabajadores sean reconocidos por el Gobierno como asociados en materia de desarrollo, y que se acepten entre sí. En 2001, se elaboró en Nueva Zelanda un marco de colaboración tripartita para enfocar los temas de enfermería (*Tripartite approach of working together on nursing issues*) por parte de tres Consejos de Salud del Distrito de Auckland: la Organización de Enfermeras de Nueva Zelanda (NZNO), la Asociación del Servicio Público (PSA) y las instancias gubernamentales correspondientes <sup>54</sup>. El documento identifica los principios, el posible proceso, el programa y los indicadores clave de logro, así como los factores de riesgo. Los principios esbozados indican que el gobierno, los empleadores y los sindicatos son socios legítimos, con exigencias y aportaciones distintas y hacen referencia al sistema de diálogo social de los Estados Unidos. Tres principios clave sostienen la creación de un proceso y una estructura tripartita:

- el reconocimiento del cometido e interés legítimos de cada una de las partes;
- el compromiso de todas las partes de participar constructivamente en los procesos acordados;
- el compromiso de todas las partes de ajustarse a los resultados negociados.

*En tercer lugar, es necesario contar con un orden del día concreto de cuestiones económicas, sociales y laborales, que defina el ámbito del diálogo.* Ello incluye además el tema y el tipo de diálogo (consulta, negociación o información). Las iniciativas destinadas a establecer un marco formal de diálogo social a nivel de la Unión Europea han propuesto los siguientes temas, con miras a establecer un programa <sup>55</sup>:

- la modernización;
- la mejora de la calidad y los cambios que conviene introducir en la organización del trabajo;

<sup>53</sup> *National Agreement: Kaiser Permanente – the Coalition of Kaiser Permanente Unions*, AFL-CIO, octubre de, 2000, pág. 14 (<http://www.unac-ca.org/pdf/nationalagreement2000.pdf>).

<sup>54</sup> *Proposal for a tripartite approach to nursing workforce issues in the Greater Auckland Region* (Nueva Zelanda, 6 de julio de 2001).

<sup>55</sup> *Social dialogue in the hospital sector*, Informe de la Conferencia celebrada en el Parlamento Europeo (Bruselas, 12-13 de mayo de 2000).

- 
- una nueva gestión de los recursos;
  - las prácticas óptimas;
  - la educación, la formación y el perfeccionamiento profesional;
  - la igualdad de género y de raza;
  - la participación de los usuarios y los pacientes en la mejora de la calidad de la asistencia médica.

En Nueva Zelanda, en la propuesta de enfoque tripartito de los problemas del personal de enfermería (*Proposal for tripartite approach to nursing workforce issues in the Greater Auckland Region*), se identificaron las cuestiones que figuran a continuación, para su incorporación al diálogo social:

- la escasez de enfermeras: estrategias de contratación y de mantenimiento en el empleo;
- la formación permanente;
- la dotación de personal, la carga de trabajo y las calificaciones polivalentes;
- los salarios;
- la seguridad y la salud.

*En cuarto lugar, se necesitan varios niveles interrelacionados durante el proceso de diálogo social, que incluyan el nivel nacional, sectorial y de la empresa por medio de mecanismos formales e informales.* En Dinamarca, la Asociación de Consejos de Condado, la Asociación de Enfermeros de Dinamarca, la Asociación de Médicos Jóvenes de Dinamarca y la Asociación de Empleados Públicos de Dinamarca han puesto en marcha un proyecto conjunto de cooperación y desarrollo en los hospitales que apunta al desarrollo de la organización y del personal. El proyecto funciona a nivel nacional, de hospitales y de unidades hospitalarias. La capacidad de realizar acciones conjuntas y de desarrollar la organización del trabajo en un proceso de diálogo social se considera un elemento fundamental para alcanzar los objetivos del proyecto<sup>56</sup>.

*En quinto lugar, no siempre son transferibles ni el tipo de diálogo que conviene a la situación nacional ni los sistemas de relaciones laborales.* Es fundamental que el diálogo social se lleve a cabo de conformidad con las normas internacionales del trabajo. Ello no obstante, cada situación es única porque depende de diversos elementos: el sector de que se trate, los actores que intervienen y el entorno socioeconómico y político. Un sistema no siempre se puede transferir a otro contexto. Por consiguiente, todos los «modelos» y todas las «enseñanzas extraídas» han de examinarse detenidamente para determinar su utilidad en otros contextos. El diálogo social puede ser organizado por sectores o siguiendo otros criterios, pero estos criterios tienen que estar muy claros. Los criterios suelen ser determinados conjuntamente por los interlocutores sociales, y suelen controlarse a través de un proceso de diálogo social. Pueden ser criterios metodológicos, como «crear un proceso sostenible», «alcanzar acuerdos formales» o «evitar huelgas». La capacidad y eficacia de los mecanismos tripartitos dependerán (entre otros factores) de la

<sup>56</sup> B. Hansen, *op. cit.*

---

representatividad de los interlocutores, pero también de la combinación, frecuencia y coordinación de las actividades.

## 2.7. Indicadores de eficacia del diálogo social

La eficacia del diálogo social se refleja en el grado de satisfacción de la administración y de los trabajadores con los acuerdos alcanzados. Como los acuerdos son resultado de compromisos, tiene que haber un equilibrio entre el grado de satisfacción de una y otra parte. Esta satisfacción se puede evaluar a través de los resultados económicos de los servicios de salud y de las condiciones de empleo y de trabajo de su personal. La eficacia del diálogo social se manifiesta también en los mayores efectos que los servicios de salud ejerzan en la salud pública, efectos que suelen llamarse «resultados sanitarios», así como en la satisfacción de los pacientes y del público en general con los servicios de salud que reciben.

Para supervisar y evaluar esa satisfacción y la eficacia del diálogo social, es necesario contar con determinados indicadores para la evaluación. Por supuesto, esos indicadores deben ser acordados a través de un proceso de diálogo social. Ello obstante, sería incluso más idóneo si esos indicadores se configurasen de hecho a través de un proceso de diálogo social, lo cual garantizaría el sentimiento de identidad de los asociados con los indicadores, y la utilización de sus conocimientos específicos.

En Dinamarca, los empleadores públicos adoptaron la iniciativa de definir indicadores para mejorar la calidad del tratamiento y la atención en los servicios de salud. Este proyecto se llevó a cabo en salas de hospital con la participación de las asociaciones de personal de enfermería, médicos y terapeutas. Se formularon los indicadores y se intentó realizar una evaluación cualitativa<sup>57</sup>. Entre los principales aspectos evaluados se contaban la satisfacción laboral, la productividad y la calidad; las nuevas relaciones entre las partes interesadas y las nuevas relaciones en las salas de hospital.

En Nueva Zelanda, los interlocutores que firmaron la propuesta de un enfoque tripartito para el trabajo conjunto en temas relativos al personal de enfermería identificaron varios indicadores clave de éxito por ámbito del Programa de Diálogo Social (cuadro 2.3).

**Cuadro 2.3 Indicadores clave de resultados positivos por ámbitos del Programa de Diálogo Social (Nueva Zelanda)**

Ambito de diálogo social	Indicador clave de resultados positivos
Escasez de personal de enfermería: estrategias de contratación y retención	<ul style="list-style-type: none"><li>- identificación clara determinación del alcance del problema</li><li>- datos justificables y coherentes</li><li>- las estrategias comunes de contratación y retención eran útiles, pero se necesitaban además estrategias diferenciadas</li><li>- reducción del número de vacantes</li><li>- contratación mejor orientada</li></ul>
Educación continua	<ul style="list-style-type: none"><li>- comprensión común de la estructura de la carrera</li><li>- menos burocracia en torno a la transferencia de calificaciones</li><li>- mayor aporte del sector a la educación universitaria y de posgrado</li></ul>

<sup>57</sup> Eurocarenet: *Change of work organisation, op. cit.*, págs. 98-101.

Ambito de diálogo social	Indicador clave de resultados positivos
Combinación de dotación de personal, volumen de trabajo y calificaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- excelente prestación de servicios</li> <li>- disminución del riesgo clínico</li> <li>- las enfermeras disponen de más tiempo para prestar una atención adecuada y personalizada</li> </ul>
Salarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- previsiones presupuestarias fiables para todos los interlocutores</li> <li>- disminución de las huelgas y protestas laborales</li> </ul>
Seguridad y salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reducción de las licencias por enfermedad</li> <li>- tasas superiores de retención</li> <li>- reducción de la responsabilidad del empleador</li> </ul>

Fuente: Propuesta de enfoque tripartito de los problemas del personal de enfermería en la Región de la Gran Auckland (Nueva Zelanda, 6 de julio de 2001).

También es posible establecer indicadores para evaluar situaciones de fracaso. En el caso de las negociaciones, los indicadores podrían ser la frecuencia de las huelgas, la mediación y conciliación o el fracaso de las negociaciones.

## 2.8. Ejemplos de eficacia: casos de buenas prácticas

Existen muchos ejemplos de cómo la falta de diálogo social o su limitada aplicación ha contribuido al fracaso del cambio y las reformas de los servicios de salud. Pero la buena práctica parece ser un modelo más apropiado para la creación de marcos de métodos para la formulación y la aplicación del diálogo social. No obstante, identificar las buenas prácticas y escoger luego entre varios casos es una tarea más compleja de lo que parece, porque los procesos siempre pueden mejorarse según la opinión de uno u otro de los interlocutores sociales. En las secciones que figuran a continuación se describirán con más detalle cuatro casos (Brasil, Canadá, Chile y Reino Unido)<sup>58</sup> que ilustran cómo se ha aplicado el diálogo social en el sector de la salud en diferentes lugares del mundo. Son además un buen ejemplo de cómo otros grupos de la sociedad civil pueden complementar el diálogo social. Quienes busquen inspiración para sus propios procesos de diálogo social podrán tomar nota de las lecciones que dejan esos ejemplos.

### 2.8.1. Brasil: descentralización

Como se ha indicado antes (véase la sección 2.6), la capacidad para el diálogo social se basa en la situación jurídica de un país determinado, configurada por la legislación y la reglamentación nacional, las normas internacionales del trabajo y otros acuerdos y declaraciones internacionales. Respecto a las normas internacionales del trabajo, cabe señalar que el Brasil aún no ha ratificado el Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)<sup>59</sup>. Ello no obstante, como Estado Miembro de la OIT, el Brasil está obligado a respetar los principios y derechos fundamentales en el trabajo consignados en la Declaración de la OIT sobre principios y

<sup>58</sup> La descripción de estos cuatro casos se basa sobre todo en Lethbridge: *Social dialogue in health services, op. cit.*

<sup>59</sup> Sin embargo, el Brasil ha ratificado los otros siete convenios fundamentales, entre ellos el Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98).

---

derechos fundamentales en el trabajo. El derecho de sindicación se cuenta entre estos principios y derechos fundamentales.

Los consejos municipales de salud han sido elegidos como ejemplo de diálogo social en los servicios de salud del Brasil. Estos consejos se establecieron como parte del Sistema Unificado de Salud (SUS) que introdujo la reforma descentralizada del sistema de salud a principios del decenio de 1990. Sus miembros provienen de tres grupos: los funcionarios del Estado que gestionan los servicios sanitarios, los trabajadores de la salud y los usuarios de los servicios, y actúan a nivel local, municipal, de los Estados federados y del Estado federal. Las funciones de los consejos de salud son:

- vigilar la salud de la población en relación con el riesgo sanitario y los derechos sanitarios;
- promover, proteger y rehabilitar la salud de la población y la de las personas en mayor situación de riesgo, y
- formular estrategias y planes de ejecución para lograr mejoras sanitarias.

Los consejos municipales de salud constituyen un ejemplo de cómo puede establecerse y formalizarse una forma de diálogo social dentro de un sistema más amplio de reformas sanitarias y sirven para ilustrar algunos de los aspectos del establecimiento de un sistema de diálogo social a todos los niveles, así como el desafío de fomentar la participación popular.

La Constitución brasileña de 1988 establece varios objetivos, que estructuran los derechos a la salud, la seguridad social y la asistencia social. Uno de esos objetivos es «un carácter democrático y descentralizado de la administración, por medio de una gestión en la que participen las cuatro partes interesadas: los trabajadores, los empleadores, los jubilados y el gobierno». Además, el artículo 377 de la ley núm. 8.080 (de 19 de septiembre de 1990) establece el Consejo Nacional de Salud (CNS) y la ley núm. 8.142 (de 28 de diciembre de 1990) dispone la celebración de una Conferencia Nacional de Salud cada cuatro años, y se definen las relaciones entre el CNS, la Conferencia Nacional de Salud y los consejos locales, estatales y municipales de salud.

Como la Conferencia Nacional de Salud y los consejos de salud del Brasil constituyen dos formas de participación popular, cuentan con responsabilidades de supervisión de la gestión del SUS. Se considera que ambas estructuras son el eje de la discusión de política de salud de cada área de gestión del SUS. Además de contar con objetivos específicos, los consejos de salud también son responsables de supervisar: *a)* las relaciones entre los trabajadores y la dirección; *b)* las quejas de los usuarios de los servicios de salud, y *c)* la organización de proyectos multidisciplinarios para el fomento, protección y rehabilitación de la salud de la gente.

### ¿Cómo se preparó a los interlocutores para el diálogo social?

La preparación para el diálogo social (en el que los consejos de salud deben desempeñar una función rectora) se basa en tres formas de acción:

- el desarrollo inicial del concepto de acción social dentro del sector de la salud;
- la experiencia previa de las estructuras participativas;
- el fomento de la capacidad de los miembros de los consejos de salud a través del apoyo del CNS, el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) y las autoridades municipales.

---

Desde 1979 hasta 1986 un equipo de profesionales de la salud, profesores universitarios, dirigentes de organismos públicos y parlamentarios elaboraron un plan de actividades para una reforma sanitaria que permitiría prestar atención de salud a toda la población. Estas actividades, denominadas Acciones Integradas de Salud (AIS), sirvieron para establecer un programa político prioritario que garantiza el acceso universal a los servicios de salud y fija medidas para la reglamentación de las relaciones entre el público y los sectores privados, así como para la democratización de la adopción de decisiones en materia de políticas y prioridades. Este programa se debatió en el seno de la Octava Conferencia Nacional de Salud de 1986, y a continuación se presentó una propuesta de reformas a la Asamblea Nacional Constituyente, que estaba reunida en ese momento. La reforma sanitaria que siguió a continuación fue resultado de factores políticos e ideológicos más que financieros. La ley de reforma sanitaria complementó el derecho de la población a participar en la adopción de decisiones estipulado en la nueva Constitución. En el equipo que había configurado la reforma sanitaria que se entabló en 1988 habían influido las experiencias participativas en materia de salud de los decenios de 1960 y 1970 y que prosiguieron con la reinstauración de la democracia en 1982. Estas experiencias influyeron en las reformas y la legislación sanitarias, y constituyeron una preparación importante para el establecimiento de los consejos municipales de salud.

En investigaciones realizadas recientemente y que examinaron la experiencia de 12 consejos municipales de salud de varios Estados del Brasil, se pudo comprobar que cuatro ayuntamientos contaban ya con consejos locales de salud antes de 1993, fecha en que se establecieron legalmente los consejos municipales de salud. La experiencia inicial de una sólida organización local de la participación popular en cuestiones sociales y de salud hizo que esos consejos municipales de salud estuvieran mejor preparados para asumir sus responsabilidades.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) ha cumplido una importante función de apoyo a los miembros de los consejos de salud, a través de la Conferencia Nacional de Salud y otros acontecimientos. Además, ha propiciado unas reuniones periódicas de los secretarios de los consejos de salud, al tiempo que el Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (CONASS) y el CONASEMS han hecho una contribución sustancial, brindando oportunidades para que los consejos municipales de salud se reunieran, discutieran temas comunes e identificaran las necesidades en materia de fomento de la capacidad y formación.

### ¿Cómo se inició el diálogo social?

El diálogo social se inició con la introducción de la reforma de descentralización del SUS. En el marco de un nuevo enfoque de la gestión del sector de la salud, se asignó a los consejos municipales de salud una función reglamentaria para el desarrollo de la política sanitaria. En 1992, el CNS aprobó la resolución 33/92 para crear consejos municipales y nacionales de salud. Se han creado más de 3.000 consejos municipales de salud en todo el Brasil, y se estima que más de 70.000 personas participan en esos consejos.

### ¿Qué metodología se aplicó y cuáles fueron las etapas del diálogo social?

El funcionamiento de los consejos municipales de salud ha ido introduciendo cambios, tanto en la composición del CNS como en las estructuras y procesos relacionados con los consejos municipales. Muchos de esos cambios pueden considerarse una consecuencia del proceso más amplio de diálogo establecido por los consejos municipales de salud.

Como para empezar siempre es conveniente tener una idea de qué piensan los miembros de los consejos municipales de salud sobre su propia función y sobre las

---

funciones del Consejo, se efectuó un estudio de los representantes de los usuarios de un consejo municipal de salud de Río de Janeiro, en el que participó un total de 18 miembros representantes de usuarios de los servicios de salud, 15 de los cuales eran varones y tres mujeres. Los grupos de ocupación principalmente representados eran pensionistas, profesionales y trabajadores calificados. Muchos de los miembros pertenecían a los consejos de salud por propio compromiso, otros consideraban que su responsabilidad era transmitir las preocupaciones de la población local acerca de la salud y de los servicios de salud a los consejos municipales de salud, y comunicar los puntos de vista del consejo al público local.

En relación con los consejos municipales de salud en general, en el estudio se indica que la mitad de los representantes consideraban que los consejos eran importantes para resolver problemas, y que contribuían a la acción social. Pero hubo ideas contrapuestas sobre el cometido de los consejos a la hora de mejorar los servicios de salud. Algunos de los representantes creían que su misión primordial era mejorar los servicios de salud, otros pensaban en cambio que debían servir para denunciar las condiciones de los servicios de salud e identificar a los responsables, y otros incluso consideraban que su función era determinar los problemas y hacer participar al público en la búsqueda de soluciones. Estas respuestas ponen de manifiesto que los consejos municipales de salud abarcan unos ámbitos de responsabilidad muy amplios, que en ocasiones pueden entrar en conflicto.

Otras formas de participación popular en los servicios de salud fueron los grupos de trabajo establecidos por algunos de los consejos municipales de salud o las reuniones periódicas a las que los consejos municipales de salud están obligados por la legislación. Los grupos de reciente creación (como los constituidos por sindicatos preocupados por la salud de los trabajadores) participaron inicialmente en las discusiones de las reuniones municipales de salud, y más tarde fueron oficialmente integrados en los consejos municipales de salud. Las conferencias de salud proporcionaron una destacada oportunidad para la discusión del trabajo de los consejos. Algunos ayuntamientos han establecido consejos locales de salud dentro de su zona geográfica. Estas estructuras descentralizadas de participación han ayudado a difundir mejor la información y las decisiones de los consejos municipales de salud, lo que a su vez ha redundado en un funcionamiento más eficaz de las estructuras municipales de salud.

El proceso general de reforma sanitaria y descentralización va llegando gradualmente a todos los ayuntamientos. Algunos ya tienen transferidas todas las responsabilidades para la gestión de todo el sistema de atención de salud, al tiempo que otros administran los servicios de atención médica externa y de atención primaria de salud. La introducción de las responsabilidades de gestión (aun parciales) suele traer aparejados ciertos cambios en los consejos municipales de salud. Cinco ayuntamientos han efectuado cambios en la composición de sus consejos al asumir la responsabilidad de la gestión de los servicios de atención externa y de atención primaria de salud. Los cinco aumentaron el número de representantes de la comunidad.

También se ha producido una evolución en el proceso de elección del presidente de los consejos municipales de salud. Inicialmente, en 11 de los 12 ayuntamientos el Secretario de Salud local (que solía ser un médico) era el presidente «natural» del consejo. Más tarde, seis ayuntamientos efectuaron cambios internos para facilitar una elección. Controlar el presupuesto municipal de salud parecía ser un factor importante para obtener un proceso más transparente para elegir al presidente.

Entre los problemas persistentes a los que los consejos tienen que hacer frente (como se puede comprobar en el orden del día de la reunión anual del Consejo Nacional de Salud de 2000) figura la necesidad de fortalecer la infraestructura institucional para apoyar a los consejos de salud, brindando información y comunicación a todos los niveles entre los

---

consejos, y fortalecer la capacidad de los miembros del consejo. La experiencia de decenios pasados muestra que algunos consejos han logrado resultados satisfactorios, en ciertos distritos y en algunos niveles, con vistas a influir en la política de salud y supervisar la prestación de los servicios de salud. Ello no obstante, en algunos Estados y ayuntamientos sigue habiendo problemas en relación con la capacidad técnica de los miembros del consejo, así como divisiones entre ellos.

### ¿Cómo se supervisó y evaluó el diálogo social?

En 2000, tras diez años de funcionamiento, el CNS examinó las experiencias de los consejos de salud y en diciembre de 2000 debatió las conclusiones con las secretarías de los consejos. El examen procedió al análisis de diversos aspectos del cometido y funcionamiento de los consejos, poniendo de relieve algunas de las cuestiones a las que han hecho frente los consejos desde su creación.

Los consejos municipales de salud están integrados por los representantes de los gestores y proveedores de los servicios de salud (públicos y privados), por trabajadores de salud y por usuarios. Estos tres grandes grupos de interés tienen perspectivas diversas. El desafío consiste en que estos grupos sean capaces de colaborar para recopilar información, analizar estrategias y supervisar la aplicación de la política sanitaria. En el examen se señala que ello requiere elaborar una nueva cultura política con miras más amplias que las que pueda tener la mera yuxtaposición de los grupos de interés.

En la sociedad brasileña, la acción social del decenio de 1990 ha sido muy influida por la transformación de los movimientos obreros urbanos en grupos de acción de los jubilados (*Caixas de Aposentadorias e Pensões*). Asimismo, ha habido un incremento en el número de asociaciones de vecinos, grupos religiosos, grupos de mujeres y otras agrupaciones de la comunidad, que han comenzado a plantear exigencias en materia de servicios de salud. El crecimiento de estos grupos ha repercutido también en los consejos municipales de salud. En el decenio de 1990 se celebraron dos reuniones de miembros de consejos procedentes de los consejos de salud estatales y municipales, para debatir las experiencias vividas durante la creación y el funcionamiento de los consejos. Ambas reuniones se centraron en la función y necesidades de los usuarios y de los trabajadores de salud con salarios más bajos. En este sentido, las preocupaciones de los consejos de salud reflejan las luchas de más amplio alcance que tienen lugar en la sociedad general.

El CNS ha desempeñado un importante papel a la hora de apoyar el desarrollo de los consejos de salud, tanto a nivel estatal como municipal. Ha habido una asociación satisfactoria entre el CNS y las secretarías de salud de los gobiernos de los Estados, que trabajaron juntos para registrar todos los consejos de salud (estatales y municipales) y mejorar su funcionamiento, fomentando la capacidad de sus miembros. Asimismo, el CNS ha logrado mediar en algunas de las tensiones que existían entre el Estado y los consejos municipales de salud.

En el decenio de 1990 se establecieron más de 3.000 consejos municipales de salud. El examen del CNS llegó a la conclusión de que en el año 2000 los sistemas de salud contaban con «nuevos actores» que habían ido desarrollando un concepto y una concienciación estratégicas en relación con su poder dentro del sistema sanitario descentralizado. El potencial de estos nuevos actores para influir y cambiar la política sanitaria apenas ha comenzado a desarrollarse. Las secretarías de los consejos de salud llegaron a la conclusión de que, aunque ciertamente los consejos habían desarrollado este concepto y esta concienciación en relación con su poder, seguían teniendo problemas respecto a la capacidad de otros organismos y actores, y respecto a la conveniencia de colaborar con ellos.

---

## **2.8.2. Canadá (provincia de Saskatchewan): igualdad de oportunidades**

El Acuerdo de Cooperación firmado el 15 de noviembre de 2000 entre la Asociación de Organizaciones de Salud de Saskatchewan (SAHO), el Consejo de Atención de Salud del Sindicato Canadiense de Empleados Públicos (CUPE) y el Departamento de Asuntos Intergubernamentales y Aborígenes de Saskatchewan (IAA) ha sido elegido como un buen ejemplo de diálogo social. El objeto de este Acuerdo de Cooperación es fomentar el empleo de los aborígenes en el sector de la atención de salud de la provincia de Saskatchewan.

En 1992, el IAA estableció el Programa de Desarrollo del Empleo para la Población Aborigen (AEDP), que recurrió a un enfoque de colaboración para elaborar una Estrategia de la Fuerza de Trabajo Representativa. Se eligió el sector de la salud para celebrar un acuerdo de cooperación porque cuenta con gran volumen de fuerza de trabajo, compuesta de una amplia gama de diversos grupos por ocupación, y también porque los aborígenes estaban muy poco representados en el sector de la salud: en ese momento sólo representaban el 1 por ciento de la fuerza de trabajo en el sector de la salud, a pesar de que constituyen el 12 por ciento de la población de Saskatchewan.

En 1995, el AEDP había puesto en práctica la Estrategia de la Fuerza de Trabajo Representativa de los aborígenes y se había firmado su primer acuerdo de cooperación con el Consejo Sanitario de Distrito de Saskatoon. Entre 1995 y 2000 veinte distritos sanitarios firmaron acuerdos de cooperación, y en 2001 habían empleado a más de 900 aborígenes calificados.

La finalidad de la Estrategia de la Fuerza de Trabajo Representativa es desarrollar una fuerza de trabajo que sea representativa de la población aborigen a todos los niveles profesionales, y que guarde la debida proporción con la cantidad de aborígenes de la población de la provincia. Sólo el 47 por ciento de la población aborigen en edad de trabajar está empleada, pero espera que en los próximos nueve años 46.000 aborígenes estén preparados para sumarse a la fuerza de trabajo.

### **¿Cómo se inició el diálogo social?**

La SAHO es el agente negociador para todos los empleados del ámbito de la salud en la provincia. En 1996 firmó un acuerdo de cooperación con el IAA, por el cual las partes interesadas convinieron en individualizar, en colaboración con los sindicatos, las disposiciones de los acuerdos colectivos susceptibles de disuadir o restringir el acceso de los trabajadores aborígenes a las oportunidades laborales del sector de atención a la salud, así como determinar y alentar la incorporación en acuerdos colectivos de disposiciones que promovieran la justicia y la equidad para todos los empleados presentes y futuros del sector de atención a la salud.

En 1999, en el marco de la cooperación entre SAHO e IAA, se procuró entablar el diálogo con los sindicatos del AEDP y se invitó a los representantes del CUPE y a otros cuatro sindicatos de trabajadores del sector de la salud a la mesa de negociaciones del Comité Director de Cooperación. El Comité constituyó una serie de grupos para llevar a cabo las labores. La SAHO dirigió dos de los grupos, que abordaron el desarrollo de políticas y la evaluación de las necesidades en materia de recursos humanos y formación.

---

¿Cómo se prepararon los interlocutores para el diálogo social?

¿Qué metodología se utilizó y cuáles fueron las etapas del diálogo social?

A fin de desarrollar una política de desarrollo del empleo para los aborígenes, la SAHO invitó a sindicatos, empleadores, instituciones de formación y comunidad aborígen a participar en una serie de debates de grupo sobre desarrollo de los recursos humanos, y se decidió que para febrero de 2002 se debía preparar un conjunto final de instrumentos de política y una Guía de Planificación para una Fuerza de Trabajo Representativa. El proceso de evaluación de las necesidades en materia de recursos humanos y de formación dio lugar a un informe final en 2002.

El CUPE se interesó por firmar sus propios acuerdos de cooperación con la SAHO y el IAA, como fruto de las discusiones con estos interlocutores. Las tres partes interesadas prepararon un proyecto de acuerdo que sometieron a varios miembros del CUPE en la provincia y a empleadores, para que lo revisaran y analizaran.

Tras las conversaciones iniciales por grupos, la SAHO formó un grupo de trabajo empleador compuesto por jefes ejecutivos y profesionales de los recursos humanos. Una vez que este grupo hubo aprobado el contenido del acuerdo, éste se sometió a la junta directiva de la SAHO. La firma del acuerdo entre el CUPE, la SAHO y el IAA se celebró el 15 de noviembre de 2000.

En el marco de este acuerdo, el CUPE, la SAHO y el IAA se comprometen a colaborar para buscar soluciones a los siguientes temas:

- las iniciativas de convenio colectivo;
- la elaboración de una estrategia de comunicaciones entre los aborígenes y el sector de la salud;
- la planificación profesional;
- la estrategia de las necesidades de formación, con las instituciones correspondientes;
- la colaboración de los empleados del sector de la salud en la adopción de una estrategia para contratar, emplear, formar y conservar a los trabajadores aborígenes.

Tras la firma del acuerdo, se constituyó un Comité Director Tripartito de Cooperación formado por representantes del CUPE, la SAHO, el IAA y otros sindicatos para que se incluyera la «fuerza de trabajo representativa» en la próxima ronda de negociaciones. Esta cuestión se llevó a las negociaciones para el convenio colectivo siguiente, que fue ratificado en octubre de 2001. Otros sindicatos han incorporado un lenguaje parecido en sus acuerdos colectivos. Se trataron los temas siguientes:

- la representación de la fuerza de trabajo;
- la preparación de la fuerza de trabajo: oportunidades educativas para que el personal actual pueda superar las ideas erróneas y liberarse de los mitos que circulan sobre los aborígenes;
- la formación en el puesto de trabajo, que puede comprender alfabetización y orientación sobre la trayectoria profesional;
- los ancianos: a petición de un empleado, podrá estar presente un anciano cuando se traten temas que afecten a los empleados aborígenes;

- 
- la integración de las prácticas espirituales o culturales.

Además el Comité Director pidió al Gobierno que colaborara aportando financiación para la formación: hasta 3 millones de dólares canadienses durante los tres años siguientes. El CUPE y la SAHO han organizado importantes actividades de formación y educación para la fuerza de trabajo y los empleados. La SAHO está elaborando un programa de formación en línea para los nuevos empleados del sector de la salud (aborígenes y no aborígenes); el CUPE y la SAHO han empleado coordinadores a tiempo completo del área de la educación y la programación para llevar a cabo talleres educativos en toda la provincia, y la SAHO ha impartido formación por satélite en toda la provincia a través de sus propios vídeos de formación.

### ¿Cómo se supervisó y evaluó el diálogo social?

Los acuerdos de cooperación se vigilan y evalúan conjuntamente por medio del Comité Directivo Tripartito de Cooperación, que se reúne periódicamente con una frecuencia que oscila entre dos veces al año y una vez al mes. En la reunión, el IAA y sus interlocutores examinan la evolución de la situación e identifican las dificultades, adoptando un criterio compartido para la adopción de soluciones. Algunos de los interlocutores disponen de planes estratégicos, que se repasan una vez al año para evaluar los progresos realizados. A partir de ahí, se da prioridad a los proyectos que corresponden a los ámbitos en que se necesita hacer más progresos. Las reuniones periódicas garantizan el compromiso conjunto y la continuidad del apoyo.

El AEDP cuenta además con iniciativas provinciales que proporcionan apoyo complementario a la cooperación en el sector de la salud, por ejemplo, por medio de reuniones con los sindicatos fuera del marco asociativo, para fomentar la concienciación sobre la importancia de la participación sindical en la Estrategia de la Fuerza de Trabajo Representativa.

### **2.8.3. Chile: reforma del sector de la salud**

El proceso de consulta para el proyecto de Reforma de Salud en Chile constituye un buen ejemplo de diálogo social. Comenzó a finales de 2000, y aún está en marcha. El proceso de diálogo social no ha sido tarea fácil; la reseña que se ofrece a continuación ilustra algunos de los problemas que surgen en una consulta política nacional en la que participan muchos grupos, a menudo con intereses contrapuestos.

El sector de la salud ya había sido reformado en 1970, con la ampliación de la participación del sector privado a través de un plan de seguro médico privado. Muchos grupos del sector de la salud querían introducir una nueva reforma que permitiera comenzar a abordar algunos de los problemas por los que atravesaba el sector, por ejemplo:

- el aumento de la demanda de servicios familiares de salud mediante el Plan de Salud para la Familia;
- el conflicto entre la financiación per capita aportada por el gobierno central y el aumento de la demanda de servicios por parte del público;
- la imposibilidad en que se encuentran los proveedores municipales para prestar servicios por falta de financiación y control financiero a nivel municipal;

- 
- la falta de verdadera atención a los grupos de riesgo por parte de los seguros médicos privados (Instituciones de Salud Previsional — ISAPRE), la mayor parte de cuyos miembros tiene entre 25 y 40 años: sólo un 2 por ciento pasa de 65 años.

### ¿Cómo se prepararon los interlocutores para el diálogo social?

El debate público sobre salud y otras cuestiones de índole social que se vienen celebrando desde 1990 ha proporcionado algo de experiencia a los distintos grupos, por ejemplo a los sindicatos, a diversas asociaciones de la sociedad civil y al Gobierno, a varios niveles. En 1999, se elaboró un Acuerdo Marco de carácter general, que brindó la oportunidad de organizar el diálogo entre el Gobierno, los empleadores y los sindicatos. Más recientemente, se han mantenido otras negociaciones entre el Gobierno, los empleadores y los sindicatos sobre cuestiones de tipo social y económico. Muchos sindicatos han estado elaborando declaraciones acerca de futuras políticas de salud. La experiencia general de un debate social más amplio sobre salud y sobre otras cuestiones clave ha preparado también a otros grupos de la sociedad civil para este proceso. Además, el Colegio Médico de Chile, que había sido excluido por el Gobierno en 1981 de la formulación de la política sanitaria, está volviendo a hacer oír su autorizada opinión en las cuestiones relacionadas con la medicina y la salud en Chile.

### ¿Cómo se inició el diálogo social?

En 2000, el Gobierno inició un proceso de diálogo social con los sindicatos, los usuarios de los servicios de salud, los profesionales de la salud, grupos del sector privado y grupos no gubernamentales. Esto ha de verse en el contexto de la década anterior en la que, con la vuelta de la democracia, surgían iniciativas para estimular el diálogo social sobre los más variados temas entre el gobierno y los demás grupos y sectores.

### ¿Qué metodología se utilizó y cuáles fueron las etapas del diálogo social?

El proceso de consulta se puede dividir en dos etapas. La primera duró desde fines de 2000 hasta abril de 2001, y se centró en una serie de debates que informaron al público sobre el proyecto de reforma. La segunda etapa comenzó en mayo de 2001 con el lanzamiento del proyecto de Reforma de Salud y la aprobación de la ley sobre autoridad sanitaria y gestión de salud.

A finales de 2000, el Ministro de Salud organizó unas «jornadas de participación comunitaria» para discutir el contenido de una estrategia y un plan de salud nacionales futuros. Las discusiones se centraron en el tema «La salud que deseamos para Chile». La información recogida en esas discusiones se utilizó para elaborar propuestas para la Reforma de Salud. En estas discusiones participaron muchos grupos, entre ellos los sindicatos de trabajadores de la salud.

En una serie de reuniones con dirigentes de la ciudadanía, la comunidad y organizaciones de consumidores se determinaron los temas básicos siguientes:

- los problemas más importantes a nivel regional y nacional deberían determinar unos objetivos nacionales de salud que promovieran la creación de un sistema de salud basado en los puntos de vista de expertos y no expertos;
- mejora del tratamiento y de la calidad de la atención;
- mejora del sistema sanitario en las regiones;
- las personas vulnerables y las que tienen más riesgos deberán recibir un tratamiento no discriminatorio;

- 
- hay que reconocer que la salud es responsabilidad de cada persona;
  - las personas deben contribuir a la promoción de la salud y a la creación de entornos saludables.

Unos debates adicionales, celebrados en marzo y abril de 2001 permitieron que determinadas personas de ámbito local hicieran aportaciones al proceso.

Cuando el Presidente de Chile lanzó la Reforma de Salud, puso también de relieve que el Gobierno consideraba que la salud constituía una prioridad en las políticas sociales, y que ponía la dignidad de la persona en el núcleo de la reforma. El propósito de la misma era lograr una población sana a base de prevención. Chile contaría con un Plan Garantizado de Salud que mejoraría el acceso a los servicios. Los centros de atención primaria estarían abiertos de lunes a viernes y los sábados por la mañana. El Presidente agregó que era preciso regular el sector privado, y que se otorgarían mejores derechos contra la discriminación a los asegurados de las ISAPRE. El Gobierno no defendía ni un sistema privado ni un sistema público, sino un sistema que permitiese que ambos sectores coexistieran satisfactoriamente.

La ley sobre derechos de salud se publicó en junio de 2001, y en ella se plantean los derechos y responsabilidades de la población en materia de salud. Esos derechos comprenden:

- el acceso sin discriminación;
- un trato digno y amable;
- el acceso de la familia y de los amigos, así como la posibilidad de un acompañamiento espiritual durante el tiempo de hospitalización;
- la oportunidad de que las personas den su opinión a los trabajadores de salud;
- la información correspondiente en relación con todos los aspectos de la atención de salud, clínicos y administrativos;
- un consentimiento informado para recibir la atención y aceptar o rechazar procedimientos invasivos;
- una información privada y confidencial.

En materia de salud, la gente está obligada a colaborar para la consecución de un entorno saludable, y a contribuir con la atención a su propia salud, la de su familia y la de la comunidad. La Reforma de Salud consolidará la protección de los derechos que tiene la gente a la salud y a los cuidados correspondientes, y clarificará sus obligaciones.

Una segunda fase del proceso de consulta comenzó con una serie de reuniones para debatir la ley. Algunas de las respuestas de los grupos profesionales, sindicatos y grupos comunitarios muestran la gama de ideas y principios que se presentan y discuten dentro de un proceso de diálogo social. Muchas de las respuestas constituyen una reafirmación del derecho de las personas a la salud, y la necesidad de sistemas de atención de salud equitativos y universales. Otro tema común es la importancia del fortalecimiento del sistema de salud pública y el rechazo de la idea de la atención de salud como artículo de consumo.

El personal de enfermería presentó una serie de exigencias al Ministerio de Salud con ocasión de la Conferencia Nacional del Colegio de Enfermeras de Chile 2001. Solicitaron:

- 
- una mayor participación en la Reforma de Salud;
  - mejoras profesionales que dieran lugar a mejores condiciones de trabajo;
  - el desarrollo de los recursos profesionales y humanos;
  - una política explícita para fomentar la formación de más personal de enfermería;
  - una mayor función del personal de enfermería en la comunidad y en la prevención.

Estas exigencias del personal de enfermería son mucho más específicas que la de los médicos y reflejan algunos de los problemas que enfrentan estos profesionales dentro del sistema de salud pública.

El Colegio Médico de Chile presentó una larga propuesta muy positiva acerca de la Reforma de Salud. Los médicos reclamaban un aumento del gasto en salud de niveles comparables a los de otros países. Trazaron una serie de principios rectores para la Reforma:

- un país sano;
- respeto por la dignidad humana;
- salud y atención de salud como un bien social;
- salud y atención de salud como responsabilidad del Estado;
- igualdad, solidaridad, universalidad, uso eficaz de los recursos, calidad y eficiencia;
- un sistema de salud mixto, aunando con transparencia los sectores público y privado.

La fase siguiente del proceso de consulta consistió en una serie de mesas redondas sobre la Reforma de Salud que reunió a sindicatos, empleadores, usuarios de servicios de salud, grupos de la comunidad y de vecinos, consumidores y otros grupos de la sociedad civil. Estas mesas redondas fueron inauguradas por el Ministro de Salud. Hubo demoras en la organización de los debates y muchas personas consideraron que no todos los interesados en participar estaban presentes. Las mesas redondas terminaron disolviéndose en octubre de 2001, con la crítica de todos los participantes, que sostenían que no se discutían problemas fundamentales y que las inminentes elecciones de 2002 estaban politizando los temas.

Las mesas redondas se disolvieron tras el anuncio de un nuevo proyecto de ley para garantizar los derechos de atención de salud a los usuarios de las ISAPRE. En agosto de 2001 ya había trascendido un documento en el que figuraba un anteproyecto para la reforma de las ISAPRE, en el que se proponía un modelo similar al de las Health Maintenance Organizations (HMO) de los sistemas de atención de salud gestionados de los Estados Unidos. Aunque en ese momento, el Ministerio de Salud lo negó, en noviembre se incorporaron algunas de esas recomendaciones al nuevo proyecto de ley.

A mediados de noviembre, muchos participantes en este proceso de diálogo social mantuvieron una actitud francamente crítica hacia el Gobierno y decidieron elaborar sus propias propuestas. El Colegio Médico propuso que se celebrara una asamblea nacional de salud el 21 de noviembre de 2001 para presentar un plan alternativo. También se criticó al Gobierno por no tener un liderazgo claro, al tiempo que el Ministro de Salud y el Secretario Ejecutivo de la Comisión de la Reforma de Salud fueron acusados de no lograr presentar una opinión oficial coherente.

---

El proceso de diálogo social no ha sido hasta ahora una tarea fácil, por falta de claridad sobre la estructura del proceso de consulta. Para los sindicatos, ello significa que el «fantasma» de la privatización está planeando sobre las discusiones. En una declaración efectuada el 1.º de diciembre de 2001 por la Federación de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS), se hacían comentarios sobre las propuestas del Gobierno de privatizar los hospitales públicos mediante concesiones al sector privado. El Gobierno había propuesto que en la construcción de nuevos hospitales el sector público se asociara con las empresas privadas. La FENPRUSS propugnaba que los sindicatos de trabajadores de la salud se opusieran a esta propuesta, ampliaba la privatización al sistema de atención de salud y afectaría a los usuarios de los servicios de salud y a los trabajadores de la salud. Ya se habían contratado los servicios de limpieza, seguridad, lavandería y de comidas, lo que había afectado los derechos y las condiciones de trabajadores.

Evidentemente, existen diferencias entre los interlocutores sociales, diferencias que se perciben como un conflicto de intereses que proviene de unas ideas contrapuestas sobre el sector de la salud. Pero en un examen de las respuestas de sindicatos, organizaciones de profesionales y federaciones comunitarias fundamentales, se pone de manifiesto que la idea de la salud como un derecho es compartida prácticamente por todas las partes. En cambio, la cuestión de la financiación del sector de la salud, la reforma del sector de la salud pública y la función del sector privado dentro del sector de la salud fueron cuestiones conflictivas.

#### ¿Cómo se supervisó y evaluó el diálogo social?

El proceso de consulta está aún en marcha. Los diferentes grupos evaluarán el proceso y los resultados en relación con la medida en que la reforma final tenga en cuenta sus puntos de vista, aspiraciones e intereses. Los primeros resultados muestran que hay actualmente mucha polémica sobre el proceso y sus efectos, básicamente por la falta de transparencia del proceso en general. Aunque ha habido cierto consenso en cuanto al derecho a la salud y a la atención de salud, no se ha logrado un acuerdo sobre cómo se debería organizar y financiar la atención de salud. Ello no obstante, un aspecto positivo es que el proceso de diálogo ha posibilitado que los diversos grupos manifiesten y discutan sus puntos de vista. La situación ha permitido también que el Gobierno conozca la fuerza del sentimiento del público en respuesta a sus propuestas.

#### **2.8.4. Reino Unido: asociación en el trabajo**

Otro ejemplo de diálogo social es la iniciativa «Desarrollo de una asociación en el trabajo» del Fondo Wolverhampton Health Care del NHS, una organización comunitaria de salud mental de la región de West Midlands, en el Reino Unido.

#### ¿Qué cambios condicionaron el diálogo social?

El concepto de asociación en el trabajo ha sido promovido en el Reino Unido por varios departamentos y organizaciones gubernamentales. El Departamento de Comercio e Industria (DTI) respaldó este concepto en el Libro Blanco titulado «Equidad en el trabajo», que presentó al Parlamento en mayo de 1998. En el folleto complementario a este Libro Blanco, y bajo el título de «Trabajando para el futuro», el DTI considera la asociación como una manera de crear «una mejor organización del trabajo... para administrar mejor los cambios... sobre la base de altas calificaciones, un alto nivel de confianza y de calidad. ... trabajando conjuntamente para elaborar soluciones y lograr un consenso». La ley sobre relaciones laborales de 1999 se proponía además modificar la cultura de las relaciones laborales a través de la asociación. Por esta razón, en 1999 el DTI creó un fondo para conceder una subvención a las organizaciones y promover así este concepto.

---

El Congreso de Sindicatos (TUC) ha estado promoviendo la asociación en el trabajo a través del Instituto de Asociaciones del TUC, el cual proporciona los resultados de las investigaciones efectuadas, informaciones, formación y apoyo para trabajar en asociación. El análisis que hizo el TUC de la encuesta sobre las relaciones laborales en el lugar de trabajo (WERS) de 1998 muestra que las organizaciones en las que hay asociaciones tienen más posibilidades de éxito. Una organización no gubernamental, la Asociación de Compromiso y Participación (IPA), ha observado que cuando existe un alto nivel de asociación en las empresas y organizaciones hay menos rotación de personal, menos absentismo y más compromiso por parte de los trabajadores <sup>60</sup>.

En el sector de la salud, el Grupo de Trabajo del NHS sobre participación del personal recomendó que todas las organizaciones del NHS deberían declarar como prioridad la participación del personal en la toma de decisiones. Uno de los objetivos del Grupo de Trabajo es promover relaciones laborales armoniosas para incrementar la participación del personal mediante asociaciones eficaces a todos los niveles.

### ¿Qué preparación tenían los interlocutores sociales para el diálogo social?

En 1995, cuando se constituyó el Fondo Wolverhampton Health Care del NHS, varios de los servicios que prestaba eran de mala calidad y no satisfacían las necesidades de los pacientes o de los usuarios en general. El nuevo jefe ejecutivo estimó que la cultura interna del Fondo debía dejar de regirse por un sistema dividido en «dos mundos», en el cual el personal directivo adoptaba las decisiones y el resto del personal prestaba los servicios, para adoptar un estilo de trabajo más integrado, con más participación del personal en la adopción de las decisiones. Esta participación del personal se consideraba además importante debido a la necesidad de contratar y retener al personal de alta calidad, reducir el absentismo y mejorar la capacidad de la organización para hacer frente a los cambios. El Fondo deseaba además mejorar la imagen negativa que tenía el NHS en los medios de comunicación.

A partir de una serie de iniciativas especiales en las que el personal pudo participar en algunas fases de los procedimientos de toma de decisiones, el enfoque se hizo más estratégico y el personal directivo empezó a trabajar conjuntamente con los sindicatos. De resultas de ello, el Fondo fue invitado a solicitar fondos del Departamento de Comercio e Industria (DTI). En 2000 el Fondo (en asociación con UNISON) recibió una subvención del Fondo de Asociación del DTI para realizar un proyecto destinado a desarrollar la formación del personal directivo, los representantes sindicales y los trabajadores en materia de calificaciones sobre cuestiones de asociación, comprendidas las técnicas para establecer una comunicación eficaz y resolver conjuntamente los problemas. El objetivo de esta formación es generalizar los planteamientos de asociación en todo el Fondo, y por ello tiene un impacto fundamental en el funcionamiento del mismo.

La formación se impartió en tres grupos. El primer grupo que recibió formación fue el de los representantes sindicales. El segundo grupo estaba compuesto por representantes sindicales y personal de dirección. El tercer grupo estaba formado por todo el personal y por el personal de dirección. A juicio del sindicato, la formación «rompió el hielo» con el personal directivo y el personal. A raíz de esta formación, se creó un grupo de acción de la comunicación, que ha ayudado a mejorar las comunicaciones dentro del Fondo. La

<sup>60</sup> La IPA está especializada en ayudar a las organizaciones a mejorar su rendimiento y productividad a través de la participación y compromiso de los trabajadores (<http://www.partnership-at-work.com>).

---

comunicación se hace a través de un servicio de asistencia telefónica (*hotline*), un tablón de anuncios, un boletín informativo, una revista, un periódico y un sitio Intranet.

### ¿Cómo se inició el diálogo social?

El Fondo Wolverhampton Health Care del NHS emplea a 1.700 personas afiliadas a siete sindicatos reconocidos. En 1999, el Fondo creó un proyecto a largo plazo para promover la participación del personal en la toma de decisiones. Nombró a un representante en la Junta del Fondo. Se invitó a los representantes del personal a asistir y contribuir a los «foros de gestión» que se celebran cada mes.

### ¿Qué metodología se utilizó para llevar a cabo el diálogo social y en cuántas fases?

Una medida inicial que se adoptó fue la elaboración de un documento de consulta escrito por el Jefe Ejecutivo y Director de recursos humanos bajo el título de «Desarrollar una verdadera participación del personal» basado en experiencias positivas de participación del personal, con ejemplos del sector privado. En el documento se ponían de relieve tres ámbitos importantes para una participación eficaz del personal: una comunicación eficaz en todo el Fondo; garantizar un equilibrio entre las actividades laborales y las actividades de la vida personal, y la relación con los sindicatos.

La dirección y los sindicatos adoptaron y acordaron una estrategia, que contemplaba los cinco pasos siguientes:

- definir y poner a punto unas normas de gestión del comportamiento y un estilo de dirección que fomenten la participación del personal;
- llegar a un acuerdo sobre el cometido de los sindicatos;
- aplicar una estrategia de comunicaciones;
- fomentar el trabajo flexible;
- llevar a cabo una encuesta anual sobre las actitudes del personal y poner en práctica sus resultados.

La aprobación de fondos del DTI para realizar un proyecto permitió desarrollar y generalizar un modelo de asociación y de participación del personal en el NHS. El proyecto se inició en mayo de 2000, y consta de cuatro fases. La primera fase (junio-septiembre de 2000) proporcionó una «instantánea» del Fondo, al revelar la cultura y estilo de gestión existentes, mediante la realización de entrevistas y la constitución de grupos focales formados por el personal, el personal directivo y los representantes sindicales. Los resultados se utilizaron como punto de referencia para medir los progresos alcanzados. En la segunda fase (noviembre-diciembre de 2000) se elaboró un mecanismo práctico de solución de problemas, destinado al personal de dirección y a los sindicatos. Las últimas dos fases están actualmente en curso, y se centran en la aplicación de este mecanismo en las situaciones reales con que se enfrenta el Fondo, así como en comunicar los resultados a otros fondos.

Este mecanismo de solución de problemas tiene fundamentalmente cinco etapas:

- 1) identificar el problema o los asuntos de que se trate;
- 2) aclarar el problema;

- 
- 3) dar participación a otros participantes o actores;
  - 4) solucionar el problema;
  - 5) compartir los éxitos y aprender de los fracasos.

### ¿Cómo supervisar y evaluar el diálogo social?

Dos centros académicos llevaron a cabo una evaluación independiente, financiada por una subvención del DTI, pero sus resultados aún no se han publicado. Los resultados más tangibles pueden observarse en la modificación de ciertas prácticas utilizadas en el Fondo. Un representante sindical ha sido integrado en la Junta del Fondo, y se han nombrado representantes del personal ante otros muchos comités dentro de la organización. Todo ello ha permitido que el personal tenga más influencia en la adopción de decisiones y en la administración del Fondo. La comunicación también ha mejorado, y el personal conoce y comprende mejor las cuestiones y problemas con que se enfrenta el Fondo.

Ahora el personal directivo tiene en cuenta a los pacientes y a la realidad de la atención a los pacientes, y los prestatarios de servicios comprenden mejor el entorno externo en el que funciona el Fondo y por qué se han adoptado ciertas decisiones. El movimiento del personal ha alcanzado su nivel más bajo.

Ello no obstante, aún perviven ciertas reservas en relación con la iniciativa. El Jefe Ejecutivo del Fondo estima que aún queda mucho por hacer para que se considere «normal» la participación de los trabajadores en la adopción de decisiones. Se trata de un proceso a largo plazo, y que suele ser bastante lento. La opinión de UNISON acerca de la iniciativa de la Asociación en el Trabajo es que ha sido útil por lo que se refiere a la formación, la salud y la seguridad y la participación del personal en la adopción de decisiones, pero que ha sido mucho menos positiva en relación con las negociaciones salariales.

---

### 3. Un posible marco para reforzar el diálogo social en el sector de la salud: puntos propuestos para discusión

#### 3.1. Acción de la OIT para el fortalecimiento del diálogo social y relación de esa acción con los servicios de salud

El concepto de «diálogo social» (que configuró las actividades de la OIT a fines del decenio de 1990), abarcaba todos los tipos de negociaciones y consultas entre los interlocutores sociales en los planos internacional, nacional, local, sectorial y empresarial. Este enfoque evolucionó en un contexto que planteaba a los interlocutores sociales tres desafíos principales:

- ¿Cómo podría enriquecerse la negociación colectiva tradicional (a menudo basada en la confrontación) por medio de un diálogo en espíritu de colaboración, encaminado a lograr un resultado satisfactorio para todas las partes interesadas? ¿Puede ampliarse la negociación colectiva en sus primeras etapas para permitir a los interlocutores sociales que participen en las etapas iniciales de la formulación de decisiones, facilitando así el proceso posterior de negociación colectiva?
- ¿Cómo podría plantearse el diálogo con los interlocutores sociales y con otras partes interesadas cuando el objetivo perseguido es su participación en las primeras etapas de la formulación de decisiones?
- ¿Cómo podría llevarse a cabo la negociación colectiva (que a menudo está descentralizada a nivel local y empresarial) ajustándose a la situación de cada país, habida cuenta de que el diálogo social en los respectivos niveles centrales puede tener efectos en el desarrollo socioeconómico, mientras que en niveles descentralizados puede proporcionar respuestas flexibles y adaptadas a la evolución del mercado de trabajo?

El diálogo social brinda una oportunidad de abordar los desafíos expuestos *supra*, pero para obtener un resultado satisfactorio es preciso que se cumplan ciertos requisitos previos, entre los que cabe mencionar los siguientes:

- es esencial el reconocimiento de los trabajadores y empleadores como interlocutores en el diálogo con los gobiernos;
- aunque no siempre será necesario llegar a un consenso, es indispensable que haya confianza y comprensión mutuas: cada parte ha de reconocer a las demás, sin desestimar los intereses de quienes ellas representan;
- las partes deben tener presente que el éxito depende en gran medida del entorno socioeconómico.

El objetivo que se persigue es llegar a situaciones satisfactorias para todos, pero el diálogo social no es necesariamente un proceso exento de confrontación entre las partes. Otro aspecto que debe tenerse presente es que las estructuras de la negociación colectiva están configuradas por una organización del trabajo en evolución por el cambio de las formas de organización. Por ejemplo, la contratación exterior y la globalización de las empresas hacen aún más necesaria la participación en las primeras etapas de la formulación de decisiones. A medida que se acelera el ritmo del cambio, es preciso establecer el diálogo social como un proceso con carácter permanente. El diálogo social

---

como proceso puede ayudar a los empleadores y trabajadores a hacer frente a los procesos de cambio.

En el marco del programa de trabajo de la OIT, el diálogo social expresa el principio constitucional básico del tripartismo de la OIT, e inspira, pues, su acción. Como objetivo estratégico es un fin en sí mismo y, además, un medio prioritario para alcanzar todos los objetivos de la OIT. No obstante, a muchos países les resulta difícil explotar todas las posibilidades del diálogo social. Hoy en día, tres son los grandes factores que pueden explicar semejante situación, y cabe esperar que la OIT ejerza con respecto a ella una influencia positiva <sup>1</sup>.

El primer factor es la inexistencia en numerosos países de una estructura y unas instituciones sólidas para el diálogo social. Muchos gobiernos se desinteresan de un auténtico diálogo con los interlocutores sociales sobre asuntos de política económica y social. Esto puede concretarse en una falta de garantías de la libertad sindical y de la negociación colectiva, especialmente cuando el sector público es el principal empleador. Incluso cuando esas garantías existen, y se respetan normalmente, la privatización y la reforma del sector público se han llevado a cabo sin el grado de diálogo social necesario para lograr resultados más positivos, que son de gran importancia en el sector de la salud.

La inexistencia de una estructura y unas instituciones sólidas para el diálogo social puede deberse también a que las organizaciones de empleadores y de trabajadores no sean ni fuertes ni independientes del gobierno. Incluso cuando el clima es más propicio, carecen a menudo de un número suficiente de miembros y no prestan servicios eficaces. En muchos casos, constatan que tienen menos influencia de la que esperaban en las decisiones políticas, y algunas de ellas no están en condiciones de intervenir en debates complejos de política. Ello resulta especialmente cierto en el sector de la salud, que ha pertenecido (y a menudo sigue perteneciendo) al sector público.

El segundo factor es la rápida evolución del entorno tradicional de la negociación colectiva. La negociación colectiva nacional y sectorial está cediendo el paso a la adopción de decisiones en la propia empresa y a unos mercados de trabajo más fragmentados. Con frecuencia, los gobiernos intervienen menos activamente en los mercados de trabajo, y los ministerios de trabajo suelen ejercer una influencia limitada en las grandes opciones económicas y sociales. Prácticamente siempre esas decisiones de política las toman los gobiernos. También toman decisiones esenciales las numerosas organizaciones regionales o subregionales, nuevas o en proceso de desarrollo, que pueden o no conferir una función a los interlocutores sociales.

El tercer factor se refiere a la representación y a la vinculación con otras entidades. Por ejemplo, los ministerios de trabajo y las organizaciones de empleadores y de trabajadores no siempre se ocupan como es debido de asuntos de particular interés para la mujer, a causa del pequeño número de mujeres afiliadas a muchas de esas organizaciones, o que ocupan cargos dirigentes en ellas. En ciertos casos, algunas organizaciones tienen además que idear una estrategia eficaz para colaborar con las múltiples entidades de la sociedad civil interesadas por los asuntos laborales, sociales y económicos.

La promoción de la participación, a través del diálogo social, de los directamente implicados en el mundo del trabajo permite a éstas dar a conocer su opinión y es un elemento indisoluble del concepto de trabajo decente. No es posible hacer esto en el vacío. Las actividades que la OIT lleva a cabo en pro del diálogo social sirven para reforzar las capacidades de los interlocutores sociales de fijar prioridades específicas en

<sup>1</sup> OIT: *Programa y Presupuesto para el bienio 2002-2003* (Ginebra, 2001), pág. 39.

---

materia de trabajo decente en los planos nacional, regional o sectorial, y también para destacar en el nivel mundial la experiencia de los trabajadores y las trabajadoras.

Para ello, la OIT ha ampliado su base de investigación y su colaboración con otras organizaciones internacionales (como la OMS en el sector de la salud) y muy especialmente con las que se interesan más directamente por el desarrollo social y económico. Sigue prestando apoyo a las organizaciones de empleadores y de trabajadores y a los ministerios de trabajo que enfrentan los desafíos planteados por la rápida evolución de la situación social. En gran parte, ese trabajo reviste la forma de una cooperación técnica e implica la colaboración de la sede con las estructuras exteriores, y se centra fundamentalmente en la prestación de ayuda para establecer una estrategia nacional coherente de diálogo social y trabajo decente, basada en la plena participación de los interlocutores sociales. La labor de la OIT en el plano sectorial implica la adopción de medidas para cada uno de los objetivos estratégicos, inspiradas en la elección por el Consejo de Administración del orden del día de las reuniones sectoriales y por sus resultados. Una parte importante de las actividades de la OIT es la coordinación de las labores relativas al diálogo social para promover una remuneración digna mediante un dispositivo de fijación de los salarios y la negociación colectiva, con la reducción consiguiente de la disparidad salarial persistente entre hombres y mujeres<sup>2</sup>. Esto es particularmente importante en el sector de la salud, porque muchos de sus servicios registran un coeficiente muy elevado de mujeres.

En la estrategia de la OIT de apoyo del desarrollo de las organizaciones de empleadores y para atraer nuevos miembros a las mismas, se sigue insistiendo en la planificación estratégica y en un diálogo intenso que permitan determinar las prioridades del diálogo social.

La consecución de este objetivo depende estrechamente de una mejor gestión de las organizaciones de empleadores. Por consiguiente, los instrumentos principales son: la formación del personal, el apoyo a la constitución de redes con otras instituciones y organizaciones de empleadores, el establecimiento o la consolidación de la información en materia de organización y de las capacidades de investigación aplicada, el apoyo al desarrollo de los servicios mediante material de investigación y formación y el fortalecimiento de la capacidad orgánica de introducir los cambios que exige el desarrollo socioeconómico y empresarial.

Una de las maneras de La OIT de respaldar la prestación de servicios nuevos o mejores para el diálogo social es mediante la realización de estudios sobre las prácticas óptimas de los servicios de las organizaciones de empleadores.

Las organizaciones de empleadores reciben apoyo en relación con los métodos de gestión de los recursos humanos que puedan aplicar sus miembros en los lugares de trabajo. A ese respecto, se destacan los valores enunciados en la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo.

Es muy importante que las organizaciones de empleadores puedan participar eficazmente, en beneficio de sus miembros y mediante el diálogo social, en el auge y desarrollo de las empresas, la competitividad y el mercado de trabajo. La OIT colabora con las organizaciones de empleadores para mejorar su competencia técnica en relación con lo que constituye a menudo el tema central del diálogo, que es la política de competitividad y la reforma de las relaciones de trabajo y la legislación laboral. En particular, esto los ayuda a influir más en el entorno normativo y a aprovechar oportunidades y situaciones concretas

<sup>2</sup> *Ibíd.*, pág. 40.

---

en el plano nacional <sup>3</sup>. Aquí se incluyen las reformas de los servicios de la salud como las de Brasil y Chile.

La OIT sigue aplicando una estrategia global de ayuda a las organizaciones de trabajadores, facilitando servicios nuevos o mejores y para que puedan ampliar su representación. Es una estrategia eficaz para determinar las oportunidades de fomento del diálogo social y del Programa de Trabajo Decente, y atiende las peticiones de ayuda específica, amén de entrañar una colaboración con las organizaciones de trabajadores, con las organizaciones sindicales internacionales y con todos los sectores y oficinas exteriores de la OIT.

Además de los cometidos tradicionales de la educación obrera, las actividades de investigación y las reuniones como la presente sobre los servicios de salud contribuyen a consolidar la capacidad de las organizaciones sindicales de participar eficazmente en los debates sobre la globalización y el diálogo social, y contribuyen a la formulación de propuestas de cambio político con las organizaciones sindicales internacionales y las centrales nacionales afiliadas a ellas.

Al ayudar a las organizaciones de trabajadores a incorporar las cuestiones de género que son particularmente importantes en los servicios de salud, se incita a los sindicatos a aplicar una estrategia que mueva a un mayor número de mujeres a afiliarse centrandó la acción en los ambientes de trabajo que son más específicamente femeninos. Gracias a los programas de educación obrera, los sindicatos disponen también de instrumentos para suscitar una mayor participación y liderazgo de las mujeres en las actividades sindicales y en el diálogo social.

Se prevé que todos esos programas tendrán también un impacto fuera del lugar de trabajo. Permiten a los sindicatos y a sus miembros ser interlocutores más activos en el diálogo social, en relación con el trabajo decente. Por lo mismo, el apoyo a la educación obrera en lo que atañe a las técnicas de organización se interesa cada vez más por nuevos contextos, como el reajuste estructural, la reestructuración industrial y la privatización, como los que tienen lugar en la administración pública y en los servicios de salud <sup>4</sup>.

La libertad sindical y de asociación tiene una importancia capital para el diálogo social y para el progreso del Programa de Trabajo Decente. Por lo mismo, la OIT promueve la ratificación de normas internacionales relacionadas con el diálogo social, en particular el Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (núm. 144). Esto se lleva a cabo mediante iniciativas de ratificación, en cooperación con los mandantes de la OIT en el plano nacional, para suscitar un mayor interés de los interlocutores sectoriales y de los órganos bipartitos y tripartitos por su intervención en la labor de ratificación y se recaba la participación de los ministerios de trabajo, así como de los parlamentarios y de sus estructuras <sup>5</sup>.

Otro ámbito importante de la actividad de la OIT es brindar ayuda a los Estados Miembros en lo que atañe a la adopción, la reforma o la aplicación de una legislación laboral que se ajuste plenamente a las normas internacionales del trabajo. Para conseguir el objetivo, a fines de 2003 se publicará un estudio comparado de las reformas nacionales y regionales de la legislación laboral, especificando la experiencia adquirida, los asuntos que

<sup>3</sup> *Ibíd.*, pág. 42.

<sup>4</sup> *Ibíd.*, págs. 42-43.

<sup>5</sup> *Ibíd.*, pág. 44.

---

preocupan a las organizaciones de empleadores y de trabajadores y las repercusiones del diálogo social. Los resultados fomentarán sin duda el diálogo social sobre dicha reforma y facilitarán una participación activa de la OIT en las iniciativas de integración económica subregional y regional.

Como, debido a la privatización y a la reestructuración, el sector público (comprendidos los servicios de salud) es un campo importante de acción en lo que se refiere al diálogo social, la OIT estimula a los gobiernos, así como a los empleadores del sector público, a que entablen un diálogo social más fecundo con su personal en las fases de reajuste estructural y de transición, y más concretamente que promuevan el Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151), y normas sectoriales con miras a reforzar los ministerios de trabajo y la política laboral, así como la actuación de otros ministerios<sup>6</sup>.

Se incorporan las cuestiones de género a través de las actividades de diálogo social. Una aportación importante a esa labor será un gran informe sobre la participación de hombres y mujeres en los sindicatos, las organizaciones de empleadores y los ministerios de trabajo, incluso en puestos de dirección. En ese informe, que se publicará a fines de 2003 y presentará datos básicos compilados por regiones, se expondrá la experiencia comparada en lo que se refiere a los mecanismos y estrategias que emplean las instituciones bipartitas y tripartitas para promover la igualdad de género. Se determinarán los modos positivos de recurrir al diálogo social para abordar las cuestiones de la igualdad de género, así como estrategias prácticas encaminadas a incorporar esas cuestiones a todas las actividades<sup>7</sup>. Esto es sumamente pertinente para las profesiones en que las mujeres constituyen la mayoría de la fuerza de trabajo, como es el caso de los servicios de salud.

Las iniciativas internacionales, regionales y subregionales sobre las cuestiones laborales tienen gran importancia para los trabajadores y los empleadores. De ahí que sea extremadamente necesario que el diálogo social no se limite a las redes bipartitas y tripartitas tradicionales de la OIT. Por lo mismo, la OIT estrecha sus vínculos con instituciones financieras internacionales, como el Banco Mundial, y con organismos especializados de las Naciones Unidas, como la OMS y la UNESCO, para fomentar una mayor utilización de los mecanismos de diálogo, con la intervención de todos los interlocutores sociales. En el ámbito de los servicios de salud, la cooperación con la OMS en materia de recursos humanos para las reformas de esos servicios y del sector de la salud, se llevó a cabo conjuntamente con organizaciones internacionales que representaban a los mandantes de la OIT, con la Internacional de Servicios Públicos (ISP) y con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La OIT explicará igualmente el impacto positivo del diálogo social gracias a diálogos sectoriales. Por ejemplo, el hecho de facilitar el diálogo social sobre la seguridad y la salud en el trabajo en sectores como la construcción, la silvicultura, la minería, la industria química, la actividad marítima y la agricultura en los planos internacional y nacional, ha de brindar oportunidades de acuerdos tripartitos en casos en que los interlocutores sociales pueden colaborar en la promoción del trabajo decente<sup>8</sup>. Lo mismo puede decirse de los servicios de salud.

<sup>6</sup> *Ibíd.*, pág. 44.

<sup>7</sup> *Ibíd.*, pág. 46.

<sup>8</sup> *Ibíd.*, pág. 47.

### Recuadro 3.1

#### Actividades de la OIT para promover el diálogo social en el sector de la salud

Las actividades de la OIT en materia de diálogo social en el sector de la salud están orientadas por las conclusiones de la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, celebrada en 1998, en la que se estipulaba que: «Como parte del proceso de reforma del sector de la salud, sería preciso definir políticas de diálogo social, ya que éste ha sido la base de las reformas más fructuosas. De conformidad con lo dispuesto en los Convenios núms. 87, 98 y 151 de la OIT, los trabajadores del sector de la salud tienen los mismos derechos en materia de asociación y de negociación colectiva que el resto de los trabajadores. Los salarios y las condiciones de trabajo deberían determinarse por vía de negociación entre los trabajadores y los empleadores del sector de la salud. En una época en que el contenido del trabajo, el entorno financiero y la seguridad del empleo están sometidos a rápidos cambios, los mecanismos de la negociación colectiva constituyen más que nunca un medio apropiado para mejorar la situación de los trabajadores y sus familias».

Uno de los medios de acción solicitado en esta Reunión a la OIT, consistía en «incrementar, en colaboración con otras organizaciones internacionales, la asistencia técnica y los servicios de asesoramiento que presta a los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores, en particular en los países en desarrollo y, más concretamente, en lo que respecta a la integración de las normas del trabajo pertinentes, y la planificación y aplicación de las reformas del sector de la salud». Esto conduce a establecer una estrecha cooperación entre la OIT y la OMS, y con organizaciones internacionales de trabajadores y la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE), a fin de elaborar instrumentos para la promoción del diálogo social en el sector de la salud y para las reformas de la administración pública. En el período comprendido entre 1999 y 2000, se realizaron estudios y celebraron reuniones cuyos resultados fueron la elaboración de una serie de instrumentos prácticos para permitir a los interlocutores sociales entablar el diálogo social en sus países.

Fuente: OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra, 1998, págs. 31-32.

### Recuadro 3.2

#### Cooperación interorganismos para facilitar el diálogo social en el sector de la salud: las reformas del sector público y sus efectos en el personal sanitario

En 1998, la OIT y la OMS, con el apoyo de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE), la Internacional de Servicios Públicos (ISP) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), iniciaron un programa conjunto de investigación para estudiar determinados procesos de reforma y documentar sus efectos en el personal sanitario. Las lecciones extraídas de los distintos casos individuales permitieron ayudar a los asesores internacionales, gobiernos, interlocutores sociales y organizaciones de la sociedad civil a poner en marcha reformas más eficaces en el sector de la salud por medio del diálogo social. Las razones que tenían la OIT y la OMS para emprender este proyecto eran diferentes, pero su interés en el tema para el programa conjunto era el mismo. En la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, celebrada en 1998, se solicitó a la OIT que favoreciera el intercambio de experiencias entre países mediante la organización de reuniones regionales y la creación de redes de representantes de los empleadores, los trabajadores y los gobiernos y que facilitara la realización de actividades de investigación sobre las repercusiones de la reforma de la salud en los trabajadores. El programa conjunto con la OMS, que incluía una mesa redonda celebrada en Berlín en 1999 para examinar los resultados de las investigaciones, fue la primera respuesta a esas solicitudes. Para la OIT, este programa contribuye a las actividades de seguimiento de una serie de reuniones sectoriales sobre las reformas, tanto en los servicios de la salud como en los sectores de la administración pública, en las que se concluía que esas reformas tenían las mayores posibilidades de alcanzar sus objetivos cuando había plena participación de los interlocutores sociales mediante el diálogo social.

Basándose en los estudios prácticos y en la amplia experiencia de los participantes en la mesa redonda, se propuso una serie de preguntas clave, con el fin de ayudar a las instancias normativas a mejorar la calidad y eficiencia de las reformas del sector público, que se publicaron en varios idiomas y se distribuyeron abundantemente a los interlocutores sociales. Si bien estas preguntas pueden parecer obvias o de sentido común, con frecuencia no se tienen en cuenta y quedan sin respuesta. Esta herramienta ofrece un catálogo de ámbitos importantes, que a menudo están interrelacionados con otros que deben abordarse si se quiere que

las reformas de la administración pública sean coherentes con los objetivos sociales nacionales. Al utilizar esta herramienta, deben tenerse en cuenta y tratarse, en todas las preguntas, que no han sido ordenadas por orden de prioridad, las cuestiones relativas al género, la equidad y la igualdad de oportunidades. No se trata, en lo más mínimo, de una lista exhaustiva, ni todas las preguntas se formularán en todos los Estados Miembros. Lo que se pretende es estimular el debate en los niveles adecuados, y las preguntas irán perfeccionándose a medida que la experiencia madure y la reforma continúe. Esta herramienta puede emplearse en los procesos en curso y en las reformas que acaben de emprenderse o que estén formulándose. Al aplicarla, habrá de tenerse en cuenta el contexto nacional concreto en el que la reforma se lleve a cabo. Como en todos los países una reforma es un proceso intrínsecamente continuo, las preguntas reflejan las diferentes etapas de una reforma, a saber: análisis y preparación, formulación de políticas, aplicación y vigilancia y evaluación. Las preguntas permiten adaptar el programa y el proceso de diálogo social sobre las reformas a las necesidades específicas de los países.

Fuente: OIT/OMS: *Public service reforms and their impact on health sector personnel: Case studies on Cameroon, Colombia, Jordan, Philippines, Poland, Uganda* (Ginebra, 2000); DSE: *Public service reforms and their impact on health sector personnel*, Informe de la Mesa Redonda, Berlín, 13-15 de octubre de 1999; OIT/OMS/CIE/ISP: *Reformas de la administración pública en el personal del sector sanitario — Cuestiones críticas: un instrumento para la acción* (Ginebra, 2001).

Para la promover el del diálogo social es necesario realizar una amplia recopilación y un análisis exhaustivo de información sobre el contexto en el que dicho diálogo se ha de llevar a cabo y sobre las expectativas de los interlocutores sociales. Esa recopilación y ese análisis permitirán también desarrollar la capacidad necesaria para el diálogo social y establecer los indicadores para la evaluación de su eficacia. En el caso de los países en situación de transición de Europa Central y Oriental, se dispone de escasa información acerca de cómo repercuten la reestructuración y la privatización en la fuerza de trabajo en los servicios de salud y sus organizaciones. Luego de un decenio de transición, la OIT, junto con la ISP, inició un importante programa de investigación en una serie de países de esa región para evaluar el impacto de las reformas en la remuneración, el tiempo de trabajo, la evolución de carrera, la salud en el trabajo y los diferentes aspectos de la seguridad de los trabajadores. Las conclusiones se examinaron en una consulta técnica celebrada en diciembre de 2001 con los interlocutores nacionales del proyecto. Esas conclusiones también se utilizaron para preparar el presente informe. Ahora bien, el resultado más importante fue que la investigación proporcionó a los interlocutores sociales datos e información más fiables que los que existían y, por consiguiente, ayudó a que el diálogo social pudiese progresar.

### **3.2. Puntos propuestos para la discusión**

Los puntos para la discusión que se proponen a continuación se agrupan en dos categorías. La primera trata de la necesidad de fortalecer el entendimiento sobre el diálogo social y la segunda se refiere a las cuestiones de participación en los procesos de diálogo social. A la luz de los objetivos de la Reunión paritaria, quizás se desee considerar cómo se deberían utilizar las respuestas a las preguntas planteadas con miras a desarrollar un posible marco para el diálogo social en los servicios de salud.

#### ***Los servicios de salud y el entendimiento del diálogo social***

Cuando los interlocutores sociales aceptan entablar el diálogo social, necesitan contar con un entendimiento común sobre los principales factores que condicionan el proceso de diálogo. Para alcanzar un entendimiento claro se han de considerar una serie de cuestiones, cuyo tratamiento es de fundamental importancia para el éxito de diálogo social. Entre las principales cuestiones que se podrían plantear cabe mencionar las siguientes.

---

1. ¿Qué es el diálogo social?

El concepto de diálogo social se puede expresar con varios términos, como «asociación en el trabajo», «asociación en las relaciones de trabajo» o «asociación para la calidad». El diálogo social puede referirse a todos los tipos de negociación, consultas, o simplemente al intercambio de información entre los representantes del gobierno, empleadores y trabajadores sobre cuestiones de interés común relativas a la política económica y social. Estos elementos del diálogo social son esenciales para el resultado que persiguen los interlocutores sociales. Ha de lograrse un entendimiento común sobre lo que dignifica el diálogo social.

*¿Qué elementos de diálogo social deberían incluirse? ¿Quién debería decidir sobre la inclusión de estos elementos?*

2. ¿Qué cuestiones han de incluirse en el diálogo social sobre los servicios de salud?

El diálogo social no se desarrolla en el vacío sino que requiere cuestiones económicas sociales y de trabajo en el orden del día, cuestiones que han de ser definidas con precisión. En el sector de la salud estas cuestiones se refieren con frecuencia a las reformas institucionales, la limitación de los costos, la calidad de los servicios de salud, las condiciones de trabajo, las calificaciones y la educación permanente, la contratación y la retención de personal, los sistemas de pago y las cuestiones relativas al género.

*¿Cómo debería fijarse el orden del día para el diálogo social? ¿Quién debería fijar el orden del día?*

3. ¿Quiénes son los interlocutores sociales?

Los interlocutores sociales en los servicios de salud son los gobiernos, en calidad de empleadores, los empleadores privados y los trabajadores del sector de la salud. Las organizaciones o instituciones que representan estos grupos han cambiado a lo largo de las dos últimas décadas. En la actualidad, participan un mayor grupo de niveles de la administración. También participan nuevos empleadores privados que han entrado en el mercado de la salud y servicios afines. Los trabajadores de la salud han migrado a otros países y también se han registrado movimientos entre el sector público y privado de los servicios nacionales de salud. El cambio y la mezcla de calificaciones han tenido repercusiones en la representación profesional.

*¿Qué niveles de la administración participan? ¿Cuentan con una representación conjunta? ¿Qué empleadores privados participan? ¿Pertenece a empresas con ánimo de lucro y a organizaciones sin ánimo de lucro? ¿Están estos dos tipos de organizaciones representadas conjuntamente? ¿Cómo se determina la representatividad de las organizaciones de trabajadores? ¿Existe un reconocimiento mutuo entre los interlocutores sociales acerca de su representatividad?*

4. ¿Cómo se puede prever el cambio estructural?

El diálogo social ha demostrado ser particularmente importante en las situaciones de cambio estructural y en las reformas del sector de la salud. No obstante, estas situaciones son de una particular complejidad y toman mucho tiempo para resolverse. En ellas participan una amplia variedad de interlocutores sociales que tienen que tratar con un gran número de cuestiones. Con frecuencia la tarea se plantea tan difícil que algunos interlocutores sociales no tienen la capacidad técnica para poder participar hasta el límite necesario y compaginarlo con sus actividades cotidianas. Se podrían solucionar situaciones difíciles si existiese un proceso continuo de diálogo social que permitiera a los

---

interlocutores discutir las cuestiones mucho antes de que éstas se conviertan en urgentes y poder participar así en el proceso de toma de decisiones.

*¿Qué mecanismos podrían ofrecer un «sistema de aviso preventivo» cada vez que fuesen necesarias reformas de los servicios de salud? ¿Quiénes deberían participar en las consultas continuas sobre los procesos de reforma?*

5. ¿Cómo determinar las normas de calidad?

Todos los cambios estructurales y las reformas en el sector de la salud están dirigidos al objetivo general de mejorar la calidad de la salud pública y, para este fin, aumentar la calidad y mejorar el acceso a los servicios de salud, o al menos mantener su calidad en los casos en que se produzca una disminución de los recursos presupuestarios. La cuestión de la calidad la utilizan todos los interlocutores sociales como medio para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, en el diálogo social es necesario determinar las normas de calidad que son compartidas por todos los interlocutores sociales. Ha de alcanzarse un entendimiento común sobre las normas de calidad.

*¿Qué tipo de normas de calidad deberían determinarse? ¿Quién debería decidir sobre la elección de las normas de calidad? ¿Qué mecanismos deberían utilizarse para controlar su aplicación?*

### **Los servicios de salud y la participación en el diálogo social**

La participación en el diálogo social para mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud requiere que los interlocutores sociales aborden una serie de cuestiones durante todo el proceso del diálogo social. Además, el proceso requiere mecanismos para controlar y evaluar hasta qué punto el tratamiento de estas cuestiones está siendo eficaz. Estas cuestiones deberían tener en cuenta las particularidades de los servicios de salud en tanto que servicios de interés público que pertenecen en gran medida al sector público. Entre las principales cuestiones se podrían incluir las siguientes.

6. ¿Cómo establecer y fortalecer las instituciones para el diálogo social en los servicios de salud?

El diálogo social no sólo está condicionado por las disposiciones jurídicas e institucionales sino también por la capacidad humana para iniciarlo y mantenerlo. El diálogo puede promoverse mediante la formación y el desarrollo de los recursos humanos, lo cual a su vez fortalecerá las instituciones para el diálogo social.

*¿Cómo deberían concebirse los programas de formación para alcanzar este objetivo? ¿Quiénes deberían participar en dicha formación? ¿Cómo se puede preparar a los individuos que participan en el diálogo social? ¿Cómo se les puede formar mientras continúan con sus actividades profesionales?*

7. ¿Cómo planificar el diálogo social?

La planificación para el diálogo social en los servicios de salud ha de basarse en la situación actual del sector de la salud y guardar una estrecha relación con los procesos generales de reformas del sector de la salud. La planificación ha de adelantarse al proceso de consecución de un entendimiento común del diálogo social, de reconocimiento de los interlocutores sociales y de determinación de los indicadores para la eficacia del diálogo social. Este proceso de planificación ha de diseñarse con antelación.

---

*¿Quién debería participar en el proceso de planificación? ¿Quién debería fijar los objetivos que se pretenden conseguir mediante el diálogo social? ¿Cómo debería fijarse el orden del día para el diálogo social? ¿Cómo se debería seleccionar el tipo de diálogo social? ¿Cómo se debería determinar el marco cronológico en las diferentes fases para el diálogo social?*

8. ¿Cómo entablar el diálogo social?

El diálogo social no es un hecho único sino un proceso continuo de consulta y negociación dirigido a mejorar los servicios de salud y la salud pública. No obstante, el proceso ha de ser iniciado por personas, organizaciones, instituciones o por un acontecimiento. En los servicios de salud, el ajuste estructural, la reforma del sector público o las situaciones de crisis han forzado la aparición de un proceso de diálogo social. Este proceso puede comenzar de una manera informal, *ad hoc* o mediante un procedimiento formal bien preparado con antelación.

*¿Quién debería tomar la iniciativa de entablar el diálogo social? ¿Debería el diálogo social iniciarse como un proceso informal o como un proceso formal? ¿Cuál debería ser el orden del día para esta fase inicial de diálogo social?*

9. ¿Cómo llevar a cabo el diálogo social?

Si un proceso de diálogo social está bien preparado y planificado con bastante antelación, podría parecer como si su aplicación fuese cuestión únicamente de una acción clave y fundamentada. Sin embargo, la realidad en los servicios de salud indica que la aplicación del plan presenta con frecuencia problemas, y por ello se han de llevar a cabo nuevos intentos de ajuste o se ha de reiniciar el diálogo social. Los interlocutores sociales han de prever un enfoque realista para la aplicación.

*¿Cómo se puede mantener el proceso de diálogo social? ¿Quién debería dirigir y facilitar el proceso del diálogo social? ¿Qué mecanismos deberían facilitarse para hacer que el plan corresponda con la realidad?*

10. ¿Cómo controlar y evaluar el proceso de diálogo social?

El acto de la aplicación está estrechamente relacionado con mecanismos de control y de evaluación del proceso de diálogo social teniendo en cuenta los objetivos que han de alcanzarse. Ya durante el proceso de aplicación han de adoptarse medidas para controlar la aplicación con arreglo al plan inicial acordado por los interlocutores sociales. Las anomalías sustanciales del plan han de ser examinadas y corregidas. Además, el efecto de la aplicación del plan ha de evaluarse en función de los objetivos que se pretenden conseguir. Si los resultados no son satisfactorios, los interlocutores sociales han de adoptar acciones correctivas.

*¿A quién corresponde determinar las anomalías del proceso planificado de diálogo social en lo que respecta a los aspectos esenciales, de programa y de metodología acordados? ¿Quién debería evaluar los efectos sobre los servicios de salud? ¿Quién debería fijar los indicadores de estos efectos? ¿Quién debería iniciar la acción correspondiente?*

11. ¿Cómo movilizar los recursos necesarios para el diálogo social en los servicios de salud?

Con frecuencia, el diálogo social se considera un instrumento positivo y útil para activar el entendimiento y facilitar la aplicación de nuevos y mejorados enfoques para los servicios de salud. También ha de admitirse que el proceso de diálogo social es complejo y

---

que lleva tiempo. Sin embargo, no siempre se reconoce el hecho de que el diálogo social requiere recursos financieros y humanos.

*¿Qué recursos financieros y humanos necesita el proceso de diálogo social? ¿Quién debería contribuir a movilizar estos recursos? ¿Cómo se puede mantener esta movilización de estos recursos durante todo el proceso de diálogo social en los servicios de salud?*