



INFORME FINAL DEL PROYECTO

El informe final se ha elaborado dentro del proyecto común entre HOSPEEM – FSESP, “Fortalecimiento del dialogo social en el sector hospitalario en Europa Central, Meridional y Oriental” (2019 y 2021). El proyecto ha recibido ayuda económica de la Unión Europea (proyecto nº: VS/2019/0008).

Autor



La información contenida en esta publicación no refleja necesariamente la posición oficial de la Comisión Europea.



This project has received financial support from the European Union

Contenido

| | |
|---|------|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Hechos y cifras del sector hospitalario y sanitario..... | 3 |
| 3. Interlocutores sociales en el sector hospitalario y sanitario..... | 5 |
| 4. Participación de los agentes sociales en las estructuras de dialogo social de la UE..... | 9 |
| 5. Participación de los interlocutores sociales en el Semestre Europeo..... | 10 |
| 6. Prioridades de los interlocutores sociales para ser comunicadas a nivel de la UE..... | 12 |
| 7. Conclusión..... | 18 |
| Anexo..... | I |
| A. Metodología..... | I |
| B. Recomendaciones específicas por países del Semestre Europeo..... | III |
| C. Lista de participantes en el seminario de divulgación..... | VIII |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Gasto sanitario (todos los planes económicos, 2018)..... | 3 |
| Tabla 2: Personal sanitario empleado en los hospitales (2018)..... | 4 |
| Tabla 3: Razones para no participar en las estructuras de dialogo social a nivel de la UE (% , N= 57)..... | 10 |
| Tabla 4: Prioridades para comunicar a nivel de la UE..... | 13 |
| Tabla 5: Prioridades de las organizaciones con mayor puntuación (% , N = 101)..... | 16 |

Índice de gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Participación directa en las reuniones del Comité de las estructuras de dialogo social a nivel de la UE desde 2015 (% , N = 76)..... | 9 |
| Gráfico 2: Formas de participación de los interlocutores sociales en el proceso del Semestre Europeo (% , N=124)..... | 12 |
| Gráfico 3: Grado de satisfacción con las oportunidades para abordar las prioridades en el dialogo social a nivel de la UE (% , N = 101)..... | 17 |

Abreviaturas

| | |
|---------|--|
| CSR | Recomendaciones específicas por países dentro del marco del Semestre Europeo |
| CESE | Comité Económico y Social Europeo: El Comité Económico y Social Europeo |
| OE | Organización de Empleadores |
| FSESP | Federación Sindical Europea de Servicios Públicos |
| UE | Unión Europea |
| PIB | Producto Interior Bruto |
| HOSPEEM | Asociación Europea de Empleadores del Sector Hospitalario y Sanitario |
| ES | Estado Miembro |
| DS | Diálogo Social |
| DSS | Diálogo Social Sectorial |
| TU | Sindicatos |

Abreviaturas de países

| | | | |
|----|-----------------|----|------------|
| BG | Bulgaria | HU | Hungría |
| CZ | República Checa | MT | Malta |
| EL | Grecia | PL | Polonia |
| ES | España | PT | Portugal |
| HR | Croacia | RO | Rumanía |
| IT | Italia | SI | Eslovenia |
| CY | Chipre | SK | Eslovaquia |

1. Introducción

La importancia de la efectividad, la accesibilidad, la buena calidad de los cuidados y la resiliencia de los sistemas sanitarios y hospitalarios fue incluso más significativa durante la reciente crisis sanitaria. A pesar de reconocer la importancia principal del **sector hospitalario y sanitario, este se enfrenta a unos retos a largo plazo** que el brote pandémico exacerbó. La crisis ha dejado patente cómo las debilidades de los sistemas de salud pueden tener profundos efectos sobre el desarrollo económico y en materia de salud pública a lo largo de los Estados miembros de la UE.

La pandemia ha puesto de manifiesto también la necesidad creciente de acciones coordinadas e inclusivas a nivel nacional y europeo a fin de gestionar los desafíos de manera eficaz. Por lo tanto, **la representación** de los agentes sociales en el **Dialogo social sectorial y su participación en el Semestre europeo y en los planes nacionales de recuperación y resiliencia** ha pasado a ser estratégicamente relevantes a fin de garantizar la aplicación y solución de las condiciones laborales y las reformas asociadas al mercado a nivel de la UE.

Sin embargo, la representatividad de las organizaciones europeas de interlocutores sociales del sector de salud y el dialogo social sectorial se ve impedida debido a la elevada segmentación de los prestadores de asistencia sanitaria, aumento de los órganos del sector público de los diferentes niveles administrativos hacia instituciones privadas sin ánimo de lucro¹. Además, la fragmentación de los prestadores influye en la estructura de los interlocutores sociales; los trabajadores y empleadores se organizan de acuerdo a su sector de actividad, subsectores y entre los sectores público y privado.

A fin de fortalecer el papel de los interlocutores sociales a nivel de la UE, la asociación europea de empleadores del sector hospitalario y sanitario (HOSPEEM) y la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) encargaron un proyecto común. El proyecto se orienta a (a) identificar y abordar **las necesidades en materia de creación de capacidades de los interlocutores sociales sectoriales**; (b) obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre **la participación real en el Semestre Europeo** y el fortalecimiento de su papel en este sentido. Específicamente, el proyecto indagó acerca de las prioridades de los interlocutores sociales y cómo estas se podrían articular mejor en las actividades futuras de HOSPEEM y la FSESP. El informe final aporta datos comparables e información específica de catorce países objeto de la encuesta: Bulgaria, Hungría, Polonia, Rumania, Chipre, Grecia, Italia, Malta, Portugal, España, Croacia, República Checa, Eslovaquia y Eslovenia. El informe final es un compendio de los tres informes regionales de los países de Europa Oriental (BG, HU, PL, y RO), Europa Meridional (ES, EL, CY, MT, PT, IT) y Europa Central (SK, SI, CZ, y HR).²

Los resultados de este proyecto **derivan de una metodología combinada**, que incluye:

- Una encuesta en línea, adaptada y orientada hacia el dialogo social en el sector hospitalario y sanitario, y realizada desde abril de 2019 hasta agosto de 2020 (en tres etapas destinadas a grupos concretos de países);
- Investigación documental realizada desde abril de 2019 a agosto de 2020;
- Los resultados de los debates con las organizaciones nacionales de interlocutores sociales y las organizaciones pertinentes de los 14 países específicos, celebrados durante los tres webinars regionales (junio de 2019 en Bucarest, noviembre de 2019 en Roma, y un seminario en línea en abril de 2021).

El informe se estructura de la siguiente forma:

- El capítulo uno resume los **indicadores estadísticos** principales, basándose en los datos comparativos de Eurostat referidos al sector hospitalario y sanitario en los 14 países;
- El capítulo dos enumera a los **interlocutores sociales identificados** – sindicatos y organizaciones de empleadores y otras organizaciones de los 14 países específicos;
- Los capítulos tres y cuatro analizan respectivamente si **participan los agentes sociales en las estructuras de dialogo social de la UE y el Semestre Europeo y de qué forma**;
- El capítulo cinco muestra las prioridades y temas que los interlocutores sociales esperan comunicar al Dialogo social sectorial a nivel de la UE, su grado de satisfacción ante las oportunidades para abordar los problemas a nivel de la UE y las expectativas que tienen de la UE.

El informe se complementa con información metodológica y otra relativa a las recomendaciones específicas por países (CSR) de 2020, publicadas en el proceso del Semestre Europeo para los catorce países objetivo.

¹ Eurofound (2020), Representatividad de las organizaciones europeas de interlocutores sociales: sector de salud humana, series de dialogo social sectorial, Dublín.

² Los grupos de países se han creado con el único propósito de este proyecto y puede que no se correspondan con las clasificaciones territoriales europeas.

2. Hechos y datos del sector hospitalario y sanitario

Para la recopilación de este informe, se han facilitado indicadores estadísticos relativos al gasto en asistencia sanitaria y el empleo en los hospitales de los países específicos. Además, se han utilizado indicadores estandarizados basados en los datos disponibles más recientes de Eurostat. Los datos comparativos se establecen dentro del contexto del testimonio de la labor realizada por los interlocutores sociales y se comparan con las condiciones de la vida real.³

El gasto sanitario difiere entre los países específicos. El porcentaje del producto interior bruto varía desde el 5,56 % de Rumanía al 9,45 % de Portugal. Los países se pueden estructurar en: países con un gasto por habitante inferior a 1 000 euros (BG, HR, HU y PL); entre 1 000 y 2 000 euros (CZ, EL, CY, PT, SI y SK); y superior a 2 000 euros (IT y MT). Extrapolando estas medidas al contexto de otros países, el gasto medio en euros por habitante en Rumanía es aproximadamente 6,5 veces más bajo, el gasto total por habitante (PPS) es seis veces menor y el porcentaje del PIB 1,5 veces menor que, por ejemplo, en Alemania. Todos los países comprendidos comparten un gasto en asistencia sanitaria en relación con el gasto total por habitante (PPS) inferior a la media de los 28 países de la UE (3 067, 80 euros en 2018) y a la media del PIB de los 28 países de la UE (9,89 % en 2018).⁴

Las estadísticas sobre el gasto sanitario y la financiación se asocian a los retos de los interlocutores sociales y se orientan al diálogo social a nivel nacional y de la UE. Sin embargo, la inversión limitada en el sector y la distribución de la financiación genera en algunos países unas condiciones laborales no favorables, especialmente en Rumanía, Bulgaria, Polonia y Hungría.⁵ Además, debido a la infrafinanciación y los recortes del gasto en salud pública, el sector no cumple ahora con la demanda, lo que ocasiona largas listas de espera para los procedimientos necesarios.

Durante la pandemia del Covid-19, el coste de los servicios sanitarios aumentó en todos los países debido a la necesidad de establecer nuevas unidades para el Covid-19 o la redefinición de las anteriores. Por lo tanto, los interlocutores sociales, quienes han señalado el papel crucial del sector sanitario durante la pandemia, reclaman una mayor inversión que esté garantizada por una proporción más elevada de financiación procedente del plan de recuperación y resiliencia.⁶

Tabla 1: Gasto sanitario (todos los planes económicos, 2018)

| País | Millones de euros | Euro por habitante | PPS por habitante | % del PIB |
|-----------|-------------------|--------------------|-------------------|-----------|
| BG | 4 120,53 | 586,55 | 1 268,51 | 7,35 |
| CZ | 15 871,89 | 1 493,13 | 2 278,56 | 7,65 |
| EL | 14 251,47 | 1 327,83 | 1 628,35 | 7,72 |
| ES | 108 109,70 | 2 310,15 | 2 464,77 | 8,99 |
| HR | 3 524,46 | 861,54 | 1 347,75 | 6,83 |
| IT | 153 085,00 | 2 533,61 | 2 504,41 | 8,67 |
| CY | 1 430,98 | 1 644,67 | 1 843,76 | 6,77 |
| HU | 8 963,50 | 916,93 | 1 544,86 | 6,70 |
| MT | 1 109,70 | 2 289,79 | 2 754,27 | 8,95 |
| PL | 31 501,68 | 829,54 | 1 518,98 | 6,33 |
| PT | 19 303,39 | 1 877,06 | 2 225,83 | 9,45 |
| RO | 11 371,07 | 583,95 | 1 211,69 | 5,56 |
| SI | 3 797,15 | 1 830,93 | 2 186,27 | 8,30 |
| SK | 5 991,41 | 1 099,99 | 1 539,37 | 6,69 |

Fuente: Eurostat, Gasto sanitario según el plan de financiación [código en línea: hlth_sha11_hf]

³ Basado en los debates celebrados en los tres seminarios regionales

⁴ Eurostat, Gasto sanitario según el plan de financiación [código en línea: hlth_sha11_hf]

⁵ Basado en el debate del seminario regional del 14 de junio de 2019

⁶ Basado en el debate del seminario regional del 20 de abril de 2021

Otros factores relevantes que influyen en la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios sanitarios y cumplir con la demanda creciente y cambiante de cuidados son: el personal, la disponibilidad y las capacidades. En la Unión Europea, las fuerzas siguientes, internas y externas, definen y desafían la resiliencia del personal sanitario: los patrones de migración, la innovación tecnológica, las demandas cambiantes de cuidados (externa) y el envejecimiento del personal, la contratación y retención, la insuficiente distribución geográfica y los desajustes en materia de competencias (interna).⁷

Partiendo del personal sanitario empleado en hospitales en 2018: en Portugal, el número de médicos por 100 000 habitantes es el más elevado (261), y el menor, en Chipre (96)⁸. Por otro lado, el número de enfermeros y matronas por 100 000 habitantes varía tremendamente, desde los 531 de República Checa a los 131 de Croacia.⁹

La migración de profesionales sanitarios procedentes de los países específicos, principalmente hacia los países occidentales y septentrionales, es un problema económico y social. Por ejemplo, entre 2007 y 2017, 35 000 enfermeros y 15 000 médicos abandonaron Rumanía. La migración de profesionales sanitarios hacia los países occidentales está generando el consiguiente aumento de la carga de trabajo en los países comprendidos, mientras que aumenta también la preocupación en torno a cuestiones de seguridad relativas a los pacientes y el personal.

Tabla 2: Personal sanitario empleado en hospitales (2018)

| País | Empleo en el Hospital (plantilla) | Profesionales de enfermería y matronas (plantilla) | Profesionales de enfermería y matronas /100 000 habitantes | Médicos (plantilla) | Médicos /100 000 habitantes | Camas hospitalarias /100 000 habitantes |
|------|-----------------------------------|--|--|---------------------|-----------------------------|---|
| BG | 70 241 | 22 419 | 319,13 | 16 960 | 241,42 | 756,91 |
| CZ | 157 775 | 56 914 | 535,41 | 26 521 | 249,49 | 661,82 |
| EL | 100 662 | 23 789 | 221,65 | 23 354 | 217,59 | 419,77 |
| ES | 589 236 | 166 352 | 355,47 | 111 795 | 238,89 | 297,15 |
| HR | 47 834 | 5 368 | 131,22 | 8 714 | 213,01 | 561,25 |
| IT | 632 546 | 265 588 | 439,56 | 134 389 | 222,42 | 314,05 |
| CY | : | 4 217 | 484,68 | 842 ¹⁰ | 96,77 | 330,09 ¹¹ |
| HU | 106 238 | 29 834 | 305,19 | 20 180 | 206,43 | 701,29 |
| MT | 10 059 | 3 185 | 657,20 | 1 255 | 258,96 | 430,84 |
| PL | : | 133 453 | 351,42 | 40 387 | 106,35 | 653,69 |
| PT | 137 486 | 43 166 | 419,75 | 26 879 | 261,37 | 344,51 |
| RO | 177 002 | 11 281 | 57,93 | 29 687 | 152,46 | 696,83 |
| SI | 26 143 | 3 798 | 183,13 | 3 878 | 186,99 | 442,79 |
| SK | 42 287,43 | 21 352,19 | 392,02 | 9 309,16 | 170,91 | 569,62 |

Nota: Datos procedentes de Polonia de 2017, Eslovaquia – solo hay disponibles las medidas equivalentes al tiempo completo (FTE)

Fuente: Eurostat 2018, personal sanitario empleado en los hospitales [código en línea: hlth_rs_prshp1]

En todos los países objeto surgen problemas similares con retos específicos de los países que se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, en Grecia, las tendencias del sector sanitario a largo plazo están influidas por el

⁷ Comisión Europea, personal laboral. Generalidades; disponible en: https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸ La cifra se calcula partiendo del número de médicos que ofrecen sus servicios en hospitales públicos, excluyendo a los hospitales privados, que constituyen una parte considerable del sistema sanitario chipriota. La proporción real entre médicos y población es más elevada, pero no se puede calcular con exactitud debido a que los datos no están completos

⁹ Basándose en los datos de Eurostat, el número inferior de enfermeros por 100 000 habitantes debe ser en Rumanía (57 enfermeros y matronas por 1 000 000 habitantes). Los datos relativos al empleo en el sector sanitario, sin embargo, varían según la definición (como en el caso del indicador rumano sobre enfermeros y matronas) y no hay disponibilidad de datos relativos a algunos países

¹⁰ Los datos relativos a los médicos empleados en hospitales abarcan solo a la población activa hospitalaria en el sector público. El sector privado comprende una parte considerable del sector sanitario chipriota

¹¹ Los datos se refieren a los hospitales del sector público, así como al número total de camas del sector privado

envejecimiento de la población, la inmigración y el atractivo que tiene el sector de salud pública. El número inadecuado de personal y la inseguridad en materia de pensiones se asocia al envejecimiento de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, los médicos de entre 65 a 74 años representan el 14 % en Hungría y el 13 % en Bulgaria. Debido a los bajos salarios y la falta de personal, muchos médicos y enfermeros tienen un segundo empleo. Además, entre el 70 % y el 80 % del personal sanitario son mujeres.

La baja proporción del personal de enfermería por paciente está poniendo en riesgo la seguridad de las personas. Los sindicatos demandan un aumento del personal para lograr una dotación de personal adecuada a las necesidades y la mejora de las condiciones laborales. La falta de personal da origen al trabajo precario, caracterizado por largas jornadas laborales y numerosos cambios de turno, además de que se vuelve a convocar al personal jubilado. Al mismo tiempo, los bajos salarios obligan a los empleados a buscar fuentes de ingresos adicionales que generan dificultades a la hora de conciliar el trabajo y la familia.

A pesar de la falta general de profesionales sanitarios, que se hizo más urgente durante la pandemia de Covid-19, las crisis sanitarias aportan también avances positivos en algunos países. En 2021, el interés en convertirse en profesional sanitario aumentó en algunos países (por ejemplo, CZ). Esta evolución se debe en parte a los pagos y beneficios extra que los gobiernos concedieron a los trabajadores sanitarios durante la pandemia y que fueron negociados y promovidos por los interlocutores sociales. En Croacia, se han proporcionado pagos adicionales para los profesionales sanitarios durante la crisis sanitaria. Aun así, debido a la duradera situación económica desfavorable en general del personal sanitario, no supuso un alivio económico para los profesionales de enfermería. En algunos países, el número de médicos es relativamente suficiente, pero se ve dificultado por las diferencias regionales (CZ, SK, HR).

3. Interlocutores sociales del sector hospitalario y sanitario

A partir de la investigación documental y de las bases de datos compartidas entre HOSPEEM, FSESP y CELSI, se identificaron los siguientes interlocutores sociales que representan a los empleados y empleadores del sector hospitalario y sanitario en los catorce países. También se incluyó otro tipo de organizaciones pertinentes para el dialogo social de la UE.

En la mayoría de los países comprendidos, las características comunes son la fragmentación y la múltiple variedad de interlocutores sociales, junto a las líneas ocupacionales y los sectores sanitarios público y privado. Al ser los Ministerios de Sanidad empleadores en el sector de salud pública y agentes relevantes en el dialogo social nacional y en el tripartito, estos órganos estatales figuran en las tablas siguientes dentro de las organizaciones de empleadores. En algunos países, las asociaciones profesionales, como son los colegios de enfermería, cobraron relevancia, ya que a menudo sustituyen o complementan la función de los sindicatos (por ejemplo, HU, PL, y SK). Sin embargo, estos colegios no son, por lo general, miembros oficiales del dialogo social bipartito o tripartito y, por lo tanto, no tienen derecho a participar en las negociaciones y, como consecuencia, no están incluidos en la lista.

Los sindicatos tienden a centrarse en concreto en subsectores y ocupaciones, como son los médicos, enfermeros y especialistas (por ej., radiólogos). Algunas organizaciones de empleadores son transectoriales, mientras que otras abarcan dominios específicos del sector hospitalario y sanitario, al igual que los sindicatos. La mayoría de los interlocutores sociales identificados participan en el dialogo social y la negociación al menos a un nivel (nacional, sectorial, o de organización).

| | Bulgaria | Hungría | Polonia | Rumania |
|------------------|---|-----------------------------------|--|---|
| Sindicato | | | | |
| | Federación de sindicatos – servicios sanitarios (CITUB) ¹² | Sindicato sanitario en Hungría | Federación de sindicatos de empleados de asistencia sanitaria y social | Federación sindical rumana SANITAS |
| | Federación médica Podkrepa (MF Pokrepa) ¹² | Semmelweis Alliance ¹³ | Sindicato de enfermeros y matronas de Polonia (NTUNMP) | HIPOCRAT |
| | | Foro de cooperación sindical | Secretariado de protección de la salud de NSZZ Solidarność | Sindicato de salud en solidaridad (FSSR) |
| | | | | Sindicato nacional central de asistencia sanitaria y social |

| Organización de empleadores | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|---|
| | Sindicato nacional de hospitales privados (NUPH) | Asociación húngara de gestores económicos en la asistencia sanitaria | Empleadores de Polonia ¹⁴ | Asociación nacional empresarial de médicos de familia ¹⁵ |
| | Asociación búlgara de empleadores en asistencia sanitaria ¹⁶ | Asociación húngara de hospitales | Business Centre Club (BCC) ¹⁷ | Sindicato nacional de empleadores rumanos |
| | Asociación de hospitales municipales en Bulgaria | Centro nacional de servicios sanitarios | Confederación polaca de empleadores privados 'Lewiatan' | Federación nacional rumana de empleadores sanitarios y de farmacia |
| | | | Sindicato nacional de empleadores de asistencia sanitaria privada | PALMED |
| | | | Asociación polaca de hospitales privados | Empleadores de prestadores médicos privados |

| Organizaciones profesionales/otras | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | Cámara de profesionales sanitarios húngaros ¹⁸ | | Ministerio de Sanidad |
| | | Cámara húngara de médicos ¹⁸ | | Ministerio de Trabajo y Justicia Social |

| | República Checa | Croacia | Eslovenia | Eslovaquia |
|-------------------|---|--|---|---|
| Sindicatos | | | | |
| | Sindicato del servicio de sanidad y asistencia social de Chequia (OSZSP ČR) | Sindicato croata de enfermeros y técnicos médicos (HSSMS-MT) | Sindicato de médicos y dentistas de Eslovenia (FIDES) | Sindicato eslovaco de servicios de salud y sociales (SOZZASS) |

¹² Representa solo a los empleados del sector público

¹³ Se orienta a proteger los intereses de los empleados

¹⁴ Representa a 7 000 empleadores de todos los sectores, incluyendo a 113 empleadores activos en el sector de la salud, principalmente no público

¹⁵ No participa en la negociación colectiva ni en el dialogo social nacional

¹⁶ Rama de la cámara búlgara de comercio

¹⁷ Abarca a 26 empresas del sector no público

¹⁸ Afiliación obligatoria

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Sindicato checo de médicos (LOK-SČL) | Sindicato de Salud de Croacia (SZH) | Sindicato de servicios de salud y sociales de Eslovenia (SINDIKAT-ZSVS) | Sindicato laboral de médicos (LOZ) |
| | Sindicato autónomo del servicio de salud y de protección social (SSZSSH) | Sindicato de asistencia sanitaria y social de Eslovenia (SZSSS) | Sindicato de enfermeros y matronas (OZSaPA) |
| | Sindicato croata de médicos (HLS) | Sindicato de trabajadores sanitarios de Eslovenia (SDZNS) | |
| | | Confederación sindical de la salud – PERGAM (SZS PERGAM) | |
| | | Sindicato esloveno dental (DENS) | |

Organización de empleadores

| | | | |
|---|---|--|--|
| Asociación de hospitales checos y moravos (ACMN) | Asociación croata de empleadores de la sanidad (UPUZ-HR) | Ministerio de Sanidad y Ministerio de Trabajo, Familia y Asuntos Sociales | Asociación de Hospitales de Eslovaquia (ASN) |
| La Confederación de la industria de la República Checa (SP) | Asociación croata de empleadores – Rama de la asociación de policlínicas, hospitales e instalaciones sanitarias (CEA) | Asociación eslovena de médicos y dentistas privados (ZZZZS) – sin participación en el dialogo social | Asociación de Hospitales Estatales de la República de Eslovaquia (AŠN) |
| | | | Asociación de médicos privados de la República de Eslovaquia (ASL SR) |

Organizaciones profesionales/otras

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| | | Cámara médica de Eslovenia (ZSS) | Cámara eslovaca de enfermeros y matronas (SKSaPA) |
|--|--|----------------------------------|---|

Chipre¹⁹**Grecia****Italia****Malta****Portugal****España****Sindicatos**

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| Sindicato de funcionarios públicos panchipriota (PASDYD) | Federación panhelénica de trabajadores de hospitales públicos (POEDIN) | Sindicato del servicio público (FP-CGIL) | Voces de los trabajadores (UHM) | Sindicato de enfermeros portugueses (SEP) | La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (FSSS – COO) |
| Sindicato panchipriota de enfermeros del Estado (PASYN0) | Confederación de funcionarios públicos (ADEDY) | Federación de autoridades locales (FPL UIL) | Sindicato general de trabajadores (GWU) | Sindicato de enfermeros de la región autónoma de Madeira (SERAM) | Sindicato general de trabajadores (UGT) |
| Sindicato panchipriota de médicos del Estado (PASIKI) | | Federación de trabajadores y servicios públicos (FPS-CISL) | Sindicato de matronas y enfermeros de Malta (MUMN) | Sindicato de Enfermeros (SE) | Federación de empleados de servicios públicos de UGT, la Unión general de trabajadores (FESP – UGT) |

¹⁹ El orden de los sindicatos sigue al número de miembros activos en el sector (basado en Eurofound (2020) Representatividad de las organizaciones europeas de agentes sociales en el sector hospitalario y sanitario)

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| Sindicato de trabajadores-empleados en instituciones gubernamentales, militares y sociales de Chipre (PASYEK – PEO) | | Federación de trabajadores autónomos de la sanidad (FIALS) | Sindicato general de trabajadores – sección de entidades públicas y gobierno | Sindicato independiente de profesionales de enfermería (SIPE) | Sindicato español de profesionales de la salud (SATSE) |
| Federación de empleados privados de Chipre (OIYK-SEK) | | Federación de sindicatos independientes - Asistencia sanitaria Care (FSI) | | Sindicato independiente de médicos (SIM) | Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) |
| | | Asociación de personal médico y ejecutivo de NHS (ANAAD ASSOMED) | | Sindicato de enfermeros portugueses (SEP) | |

Organizaciones de empleadores

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| Federación de empleadores e industriales de Chipre (OEB) – sector privado (transectorial) | Ministerio de Sanidad: sector público | Agencia de la representación contractual de la Administración Pública (ARAN) | Asociación de Empleadores de Malta (MEA) | Asociación portuguesa de hospitales privados (APHP) | Alianza de la Sanidad privada española (ASPE) |
| Ministerio de Sanidad: principal empleador de asistencia sanitaria pública | Sindicato panhelénico de hospitales privados (PEIK) | Federación italiana de hospitales y agencias de salud (FIASO) | Ministerio de Sanidad: Sector público | Confederación de empleadores de comercio y servicios (CCP) | Ministerio de Sanidad: Sector público |
| Organización estatal de servicios de salud: sector público | | | | Confederación nacional de instituciones de solidaridad (CNIS) | |

4. Participación de los interlocutores sociales en las estructuras de dialogo social de la UE

La importancia del dialogo social europeo se fundamenta en varios artículos²⁰ del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE). Hay muchas instancias donde los **interlocutores sociales desempeñaron una función activa en los acuerdos dentro del ámbito de la UE.**

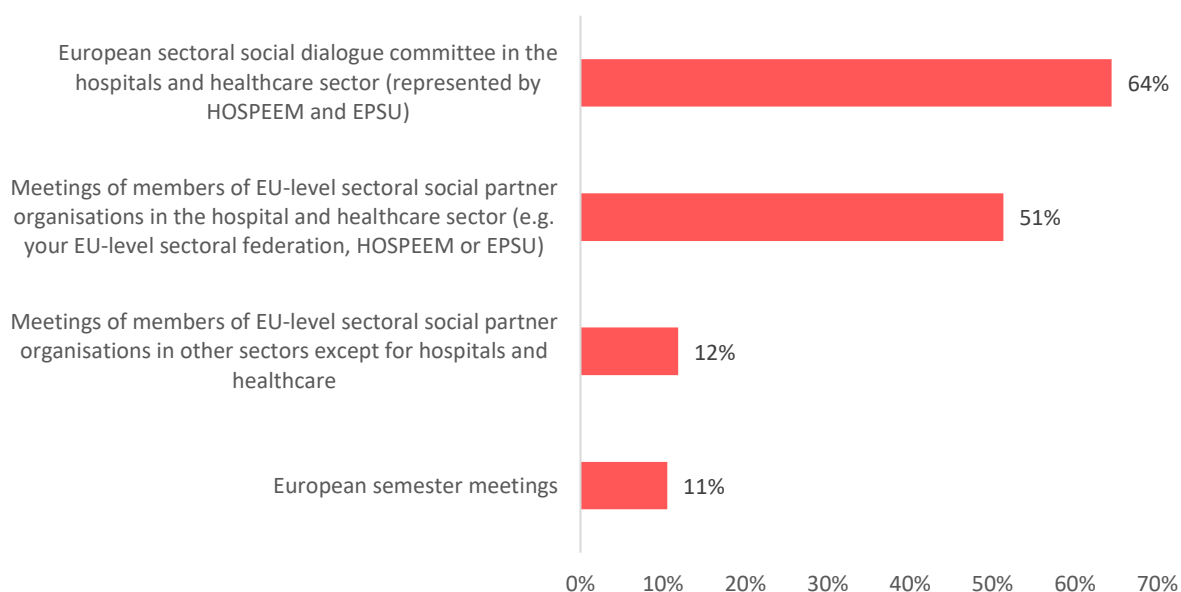
Las averiguaciones asociadas a la participación de los interlocutores sociales en el dialogo social de la UE que se presentan a continuación se basan en una encuesta en línea difundida entre los interlocutores sociales/organizaciones pertinentes en los catorce países especificados entre abril de 2019 y agosto 2020. La mayoría de los agentes sociales que contestaron a la encuesta participan directamente en las reuniones de las estructuras de dialogo social de la UE. Cabe señalar que la mayoría de los que respondieron eran representantes sindicales.²¹

Creo firmemente en el valor de dialogo social entre los empleadores y sindicatos, las personas que mejor conocen el sector y su región.

Ursula von der Leyen, Presidenta de la Comisión Europea (2019)

De los participantes, **la mayoría de las organizaciones de los países específicos que participaron en las estructuras del dialogo social a nivel de la UE, estaban representadas bien por la FSESP y HOSPEEM o por una organización transectorial europea.** De estas, el 64 % participa directamente en el Comité de dialogo social sectorial de la UE para el sector hospitalario y sanitario (SSDC HS) a través de la FSESP o HOSPEEM y, el 51 % participa en las reuniones de los miembros de las dos organizaciones socias en el Dialogo social sectorial a nivel de la UE en los últimos cuatro años. El 12 %, por lo general asociaciones de empleadores, formó parte en las reuniones de las organizaciones de interlocutores sociales sectoriales a nivel de la UE de otros sectores. Solo el 11 % de los encuestados participaron en las reuniones del Semestre Europeo.

Gráfico 1: Participación directa en las reuniones del comité de las estructuras de dialogo social a nivel de la UE desde 2015 (% , N = 76)



Fuente: Encuesta sobre dialogo social en el sector hospitalario y sanitario

Nota: Posibilidad de respuestas múltiples

La razón más frecuente para no participar en cualquiera de las estructuras de dialogo social a nivel de la UE es la ausencia de capacidad económica (30 %). Las razones del 26 % y el 23 % de los encuestados para no participar en el dialogo social a nivel de la UE son, respectivamente, la falta de capacidades personales, la

²⁰ Art. 152: La Unión reconocerá y promoverá el papel de los interlocutores sociales en su ámbito, dentro del respeto de su autonomía; Art. 154: La Comisión tendrá como cometido fomentar la consulta a los interlocutores sociales a nivel de la Unión; Art. 155: Acuerdos concluidos por los interlocutores sociales.

²¹ Ver el anexo de Metodología.

falta de tiempo para participar en las reuniones y los obstáculos en la entrada (no se refiere a los criterios de representatividad de la reunión). Además, algunos no consideran que tras permanecer un largo periodo de tiempo a una organización de la UE (18 %) se genere un valor añadido y se avance en la mejora de la situación económica y social. La ausencia de participación de interlocutores sociales en los países específicos podría estar también **obstaculizada por la fragmentación a nivel nacional y/o las organizaciones de empleadores independientes, actualmente limitadas.**

Tabla 3: Razones para no participar en las estructuras de dialogo social a nivel de la UE (% , N= 57)

| Razones para no participar | Por ciento |
|--|------------|
| Falta de recursos económicos (costes elevados de desplazamiento, cuotas altas de afiliación) | 30 % |
| Falta de capacidades personales, falta de tiempo para participar en las reuniones | 26 % |
| Obstáculos a la entrada (distintos a los criterios de representatividad en las reuniones) | 23 % |
| Escasa importancia del dialogo social a nivel de la UE en relación con las actividades de nuestra organización | 18 % |
| Dificultades en la comprensión acerca del papel y funcionamiento del dialogo social a nivel de la UE | 12 % |
| Barreras idiomáticas | 11 % |

Fuente: Encuesta sobre dialogo social en los sectores hospitalario y sanitario

Nota: Posibilidad de respuestas múltiples

La FSESP representa a la mayoría de los sindicatos a nivel europeo y es el único interlocutor social del sector hospitalario. Si bien existen otras asociaciones hospitalarias europeas, HOSPEEM es el único interlocutor social sectorial europeo que representa los intereses de las organizaciones de empleadores hospitalarios nacionales. **La participación de los empleadores en las estructuras de dialogo social a nivel de la UE está actualmente limitada.** Representantes de los sindicatos nacionales apelaron a las organizaciones de empleadores nacionales para que se hicieran miembros de HOSPEEM a fin de establecer un diálogo social a nivel de la UE, ya que muchos sindicatos de los países especificados de la región no cuentan con la representación de homólogos para debatir y acordar sobre los instrumentos de la UE.⁶

En algunos países (por ej. CZ), el dialogo social nacional ha disminuido durante la pandemia del Covid-19 y, en otros países, lo ha hecho la comunicación y negociación entre los interlocutores sociales. Esto se debe también a los cambios de personal dentro de los órganos gubernamentales responsables, que son relativamente frecuentes. En Croacia y Eslovenia, sin embargo, el dialogo social con el Ministerio se mantuvo con una calidad relativamente alta.⁶

5. Participación de los interlocutores sociales en el Semestre Europeo

El Semestre Europeo (ES) es un ciclo de gobernanza anual que sirve para supervisar y hacer cumplir con las severas reformas presupuestarias y estructurales. **La orientación del Semestre Europeo hacia los componentes sociales se intensificó recientemente al vincularlo al pilar europeo de derechos sociales.** En concreto, los principios 8 y 16 declaran que “se debe consultar a los interlocutores sociales sobre el diseño y la aplicación de políticas sociales, económicas y de empleo, de acuerdo con las prácticas nacionales” y que “debe fomentarse el apoyo para aumentar la capacidad de los interlocutores sociales para promover el diálogo social”, así como que “toda persona tiene derecho a un acceso oportuno a asistencia sanitaria asequible, de carácter preventivo y curativo y de buena calidad.”

Las recomendaciones específicas por países del Semestre Europeo reflejan (CSR) la relevancia del sector sanitario y el dialogo social para la consolidación fiscal, la cohesión social, abordar la pobreza (en situación de empleo), y el aumento de la resiliencia, además de para el funcionamiento del sistema sanitario. **Como resultado, el número de Estados miembros de la UE que recibieron CSR relativas a aumentos sanitarios son:** 10 Estados miembros en 2017, 15 Estados miembros en 2019.²² Desde la aparición de la pandemia, en marzo de 2020, los mecanismos del Semestre Europeo se ajustaron a la crisis y se creó un instrumento de recuperación y resiliencia para orientar a los Estados miembros en la gestión de crisis sanitarias. Se animó a los Estados miembros a que presentaran sus planes de recuperación y resiliencia. El procedimiento actual de

²² Para una CSR concreta, ver el Anexo B.

evaluación asociado a las recomendaciones específicas por países será sustituido por el procedimiento de evaluación de los planes de recuperación y resiliencia de 2021.²³

La crisis intensificó la necesidad de un compromiso para fortalecer la Europa Social y el pilar europeo de derechos sociales mediante el desarrollo del dialogo social. El papel del dialogo social está plenamente reconocido en varias instancias como un elemento fundamental dentro de la UE a través de la involucración en el dialogo social de los interlocutores sociales nacionales y de la UE. El apoyo a la promoción del dialogo social en la UE queda reflejado también en el plan de acción del pilar europeo de derechos sociales mediante iniciativas concretas, como son un nuevo marco de apoyo para los acuerdos de los interlocutores sociales a nivel de la UE, un nuevo reconocimiento de las prácticas innovadoras de dialogo social y el nuevo marco estratégico para la salud y la seguridad ocupacionales. La Comisión Europea propuso nuevos instrumentos para cuantificar mejor los obstáculos y brechas en el acceso a la asistencia sanitaria y la presentación de un informe de la UE sobre el acceso a los servicios esenciales, mientras que se anima a los Estados miembros a invertir en personal sanitario, mejorando sus condiciones laborales y el acceso a la formación.²⁴

El elevado compromiso de la Comisión Europea y los principios del pilar europeo de derechos sociales transpuestos en múltiples iniciativas aporta a los interlocutores sociales nacionales nuevas oportunidades y la inspiración para utilizar las fuentes para las estrategias desarrolladas y el fortalecimiento del dialogo social en los Estados miembros, como es la transformación de las iniciativas de los planes en su trabajo diario y para articular los intereses al alza, los retos relativos a las condiciones laborales, las cuestiones de salud y la seguridad en los hospitales, la migración de los profesionales sanitarios, y las dificultades en relación con la negociación colectiva a nivel de la UE, a fin de ser abordados e integrados en los planes futuros y el fortalecimiento del dialogo social a nivel de la UE dentro del sector hospitalario.²⁵

Los mecanismos del Semestre Europeo suponen una plataforma donde pueden quedar expuestas las debilidades basadas en hechos para, posteriormente, comunicarlas a los comités de la UE pertinentes a fin de encontrar soluciones. En este proceso es clave la involucración de los interlocutores sociales. La ayuda económica de la Comisión Europea contribuirá a los esfuerzos de los interlocutores sociales por comprometerse a articular sus prioridades a nivel de la UE.²⁶ Si bien **la participación real de los interlocutores sociales está limitada en el proceso del Semestre Europeo**, el 30 % de las organizaciones es informada regularmente sobre las reformas recomendadas. El 23 % restante está interesada o intenta participar en el proceso del Semestre Europeo. El 20 % de los interlocutores sociales son informados ocasionalmente y solo el 14 % de forma regular, mientras que el 6 % participa algunas veces en el proceso. Los resultados pueden apoyarse en la investigación periódica dirigida por Eurofound en relación con la participación de los interlocutores sociales en la elaboración de políticas.²⁷

²³ Egbert Holthuis, Comisión Europea, el proceso del Semestre Europeo: acciones para desarrollar y promover la participación de los interlocutores sociales sectoriales nacionales; la contribución al webinar regional del 20 de abril de 2021

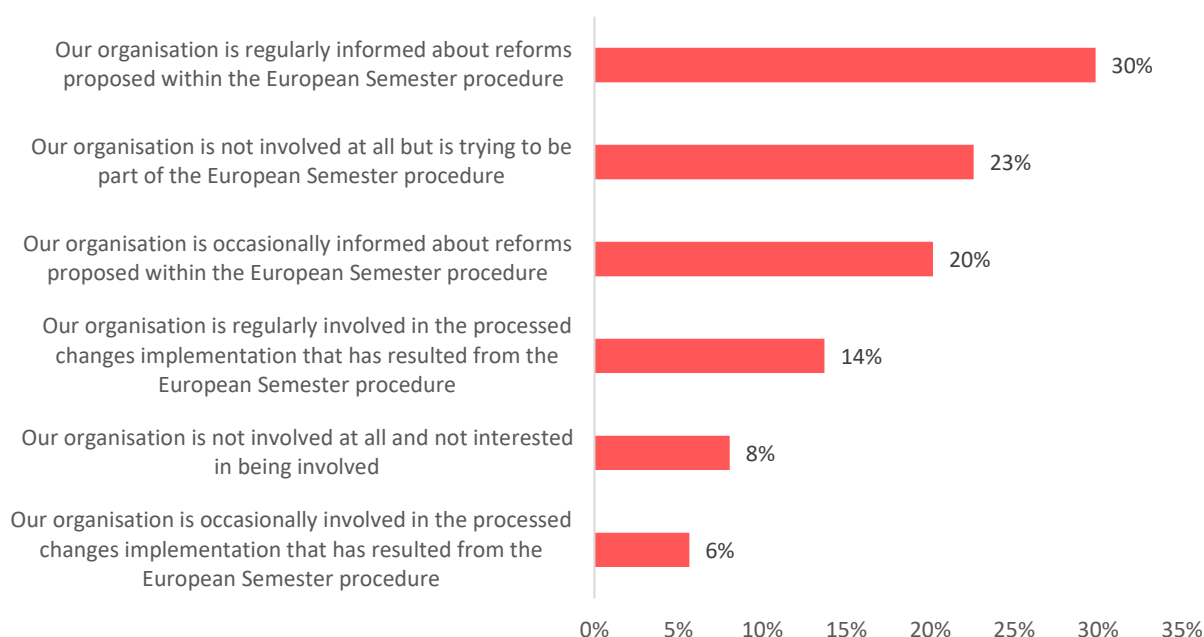
²⁴ Presentación de Jan Behrens (DG EMPL A2 Dialogo Social): Dialogo Social a nivel de la UE, en el webinar regional del 20 de abril de 2021

²⁵ Basado en el debate del seminario divulgativo del 16 de junio de 2021

²⁶ Jan Behrens, Responsable de Política, Comisión Europea en el seminario de divulgación del 16 de junio de 2021

²⁷ Eurofound (2020), Participación de los interlocutores sociales en la elaboración de políticas – 2019, Publicaciones de la Oficina de la Unión Europea, Luxemburgo

Gráfico 2: Formas de participación de los interlocutores sociales en el procedimiento del Semestre Europeo (%
N= 124)



Fuente: Encuesta sobre dialogo social en los sectores hospitalario y sanitario

Los debates suscitados en el webinar regional revelaron que la responsabilidad principal de una óptima participación a nivel nacional reside en el Estado miembro. Sin embargo, en algunos países, los interlocutores sociales tienen una posibilidad limitada de intervenir en el proceso del Semestre Europeo y se quejan de quedarse fuera de dicho proceso.

6. Prioridades de los interlocutores sociales para ser comunicadas a nivel de la UE

Los interlocutores sociales enumeraron sus prioridades para ser comunicadas a nivel de la UE, por ejemplo, a través de su afiliación a su respectiva organización de interlocutores sociales a nivel de la UE del sector hospitalario y sanitario. En la encuesta, los interlocutores sociales declaran las prioridades que esperan comunicar en el dialogo social a nivel de la UE. Los temas varían, desde problemas estructurales generales e integrales y la retención del personal, a la conciliación de la vida laboral y familiar. Sin embargo, para la mayoría de los interlocutores sociales de los países específicos encuestados, los temas comunes son: la escasez de personal sanitario, abordar el atractivo de los sectores y la mejora de las políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios. Debido a la diversidad de respuestas, hemos enumerado todas las prioridades para exponer la autenticidad de las tres tablas siguientes.

Tabla 4: Prioridades para comunicar a nivel de la UE

| País | Prioridades | |
|-----------------|---|---|
| | Sindicatos | Organizaciones de empleadores |
| Rumania | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones laborales – regulaciones salariales y de beneficios; • Tiempo de trabajo, normas relativas al personal; • Unificación de la formación del personal médico; • Mejorar los convenios colectivos y de los representantes de los interlocutores sociales. | No hay información disponible |
| Hungría | <ul style="list-style-type: none"> • Salarios, especialmente un salario mínimo a nivel europeo; • Legislación sobre el tiempo de trabajo en relación con la carga de trabajo; • La conciliación del trabajo y la familia. | La migración laboral y la escasez de personal asociada* |
| Polonia* | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del personal de enfermería en hospitales relativo a la garantía de seguridad de los pacientes; • Demandas económicas relativas a un aumento salarial, especialmente para los enfermeros; • Retención del personal dentro de un contexto actual cambiante en la organización del sector hospitalario. | <ul style="list-style-type: none"> • Mitigar las disparidades en el crecimiento salarial entre médicos y enfermeros; • Aumento de la inversión en asistencia sanitaria. |
| Bulgaria | <ul style="list-style-type: none"> • Salarios de los especialistas médicos – apoyo a un salario mínimo único en la UE; • Problemas de salud y seguridad – la violencia de terceros y los riesgos psicosociales; • Retención del personal laboral. | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso transfronterizo a los servicios de asistencia sanitaria; • Más oportunidades para la participación a nivel de la UE. |
| Chipre | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal de enfermería y recursos (especialmente en los hospitales privados); • Reforma del sector de salud (sistema general de salud y autonomía de los hospitales públicos); • La reducción del presupuesto estatal para la sección de salud en relación con los 28 países de la UE; • Desarrollo profesional y aprendizaje permanente. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal de enfermería; • Sostenibilidad del sistema nacional de salud; • Autonomía funcional y financiera de los hospitales públicos; • Aplicación de un marco jurídico y reglamentario para el sector de salud pública y privada. |
| Grecia | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal y cuestiones laborales; • Interferencia de las estructuras de primaria con equipos apropiados; • Médicos especialistas para el sistema central; equipos tecnológicos médicos estructurales; • Interconexión con el extranjero con sistemas similares; • Asistencia sanitaria en ocupaciones de riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la financiación del sistema de salud del 5 % al 8 % del PIB; • Trato igualitario respecto de la situación del sector privado al público; • Minimizar la burocracia; • Método de la imputación de los costes (DRG'S, ICD 10), financiación de la inversión en los hospitales privados existentes; • Normas mínimas de funcionamiento para aportar servicios de salud seguros. |
| Italia | <ul style="list-style-type: none"> • Negociación colectiva; • Empleo en el sector sanitario; • Diálogo con los sindicatos sectoriales; • Condiciones laborales; • Salud y seguridad en el trabajo; • Conciliación del trabajo y la familia; • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios. | <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje permanente y desarrollo continuo profesional; • Organización del trabajo; • La digitalización del lugar de trabajo/competencias digitales; • Educación y formación profesionales; • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios. |
| Malta | <ul style="list-style-type: none"> • Negociación colectiva; • Colaboración privada; • Derechos del empleado en un lugar sanitario; • Agotamiento en el trabajo; • Conciliación del trabajo y la familia. | <ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento de los trabajadores; • El atractivo del sector para los jóvenes trabajadores. |
| Portugal | <ul style="list-style-type: none"> • Negociación colectiva; • Mejora de las competencias de los enfermeros; | <ul style="list-style-type: none"> • Convergencia de la UE; • Salud y seguridad en el trabajo; |

| País | Prioridades | |
|------------------------|--|---|
| | Sindicatos | Organizaciones de empleadores |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Avance profesional; • Reconocimiento transfronterizo de las cualificaciones profesionales. | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones laborales; • Envejecimiento de la población laboral; • Educación y formación profesionales; • Reconocimiento de las competencias a nivel nacional; • Desarrollo profesional continuo y aprendizaje permanente. |
| España | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones laborales y de empleo, especialmente sobre la jornada laboral y los salarios; • Salud y seguridad en el trabajo con una perspectiva de género; • Proporción de personal sanitario; porcentaje entre paciente y enfermero y sobre la seguridad de los pacientes; • Digitalización; • Exposición a los agentes tóxicos y biológicos, prevención de riesgos; • Desarrollo profesional y retención del personal; • Validación de estudios y profesiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la tecnología* • Legislación sobre el reconocimiento de algunos especialistas sanitarios, como los embriologistas; • La larga lista de espera para las pruebas. |
| Croacia | <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios; • Seguridad y salud en el trabajo; • Salarios en la asistencia sanitaria y específicamente de los enfermeros; • Condiciones laborales; • Formación del personal; • Derechos materiales de los profesionales sanitarios; • Derechos y obligaciones; • Horas extraordinarias; • Negociaciones colectivas; • Falta de profesionales sanitarios. | <ul style="list-style-type: none"> • Todos los temas son investigados; • Sinergia de la asistencia sanitaria pública y privada; • Seguridad ocupacional. |
| República Checa | <ul style="list-style-type: none"> • Remuneración de los empleados en los servicios sociales y de salud; • Protección de la seguridad y salud en el trabajo; • Protección y seguridad del personal; • Diálogo social con los empleadores y la creación de acuerdos y directrices; • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios; • Condiciones laborales. | <ul style="list-style-type: none"> • Directiva sobre las condiciones laborales; • Salario mínimo europeo; • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios; • El atractivo del sector para los jóvenes trabajadores. |
| Eslovaquia | <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones laborales y • Conciliación del trabajo y la familia; • Desarrollo profesional continuo y aprendizaje permanente; • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios; • Falta de personal y aumento del valor del trabajo de los enfermeros. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover el interés de sus miembros en la distribución de los fondos estructurales de la UE (ASN); • Creación de condiciones dignas para los empleados (ASN); • Aumento de los pagos para las personas aseguradas por el Estado (ASL SR)²⁸ |
| Eslovenia | <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios • Salud y seguridad en el trabajo • Condiciones laborales • El atractivo del sector para los jóvenes trabajadores; • Garantizar la salud pública efectiva • Normas de cuidado personal en la asistencia sanitaria • Sistema de remuneración en la asistencia sanitaria; • Tiempo de trabajo. | No hay información disponible |

²⁸ Basado en la investigación documental (a fecha de febrero de 2021)

*Fuente: Encuesta sobre dialogo social en los sectores hospitalario y sanitario *Basado en investigación documental*

Los encuestados tuvieron la oportunidad de puntuar los temas enumerados a abordar en el dialogo social a nivel de la UE en una escala del 1 al 5 (siendo 5, la prioridad máxima). Los temas más puntuados son las condiciones laborales en general (con una media de 4,7) y la seguridad y salud en el trabajo (media de 4,6). El desarrollo profesional continuo y el aprendizaje permanente, las políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios y la conciliación del trabajo y la familia se sitúan en el tercer puesto (un 4,3 de media). Ninguna de las prioridades enumeradas alcanza menos de 3, lo que muestra la relevancia de todos los temas.

En algunos países, los temas más valorados por los empleadores difieren levemente de los aportados por los sindicatos. Por ejemplo, los empleadores necesitan centrarse en la formación y educación profesionales (un 4,8 de media), el desarrollo profesional continuo y el aprendizaje permanente (4,6), y el envejecimiento de la población activa en los países meridionales. Por otro lado, los sindicatos esperan abordar las condiciones laborales (4,5) y la conciliación del trabajo y la familia (4,3).

Tabla 5: Prioridades de las organizaciones con mayor puntuación (% , N = 101)

| Prioridad | Calificación 4 | Calificación 5 | Calificación media |
|--|----------------|----------------|--------------------|
| Condiciones laborales | 12% | 78% | 4,7 |
| Salud y seguridad en el trabajo | 15% | 74% | 4,6 |
| Desarrollo profesional continuo y aprendizaje permanente | 29% | 54% | 4,3 |
| Políticas de contratación y retención para todos los trabajadores sanitarios | 22% | 57% | 4,3 |
| Conciliación del trabajo y la familia | 31% | 51% | 4,3 |
| Educación y formación profesionales | 29% | 49% | 4,2 |
| Reconocimiento de competencias a nivel nacional | 28% | 49% | 4,1 |
| Digitalización del lugar de trabajo/competencias digitales | 29% | 47% | 4,1 |
| Reconocimiento transfronterizo de las cualificaciones profesionales | 28% | 42% | 4,0 |
| Atractivo del sector para los trabajadores jóvenes | 26% | 43% | 4,0 |
| Envejecimiento de la población activa | 24% | 38% | 3,9 |
| Movilidad de profesionales sanitarios en la UE | 31% | 29% | 3,7 |

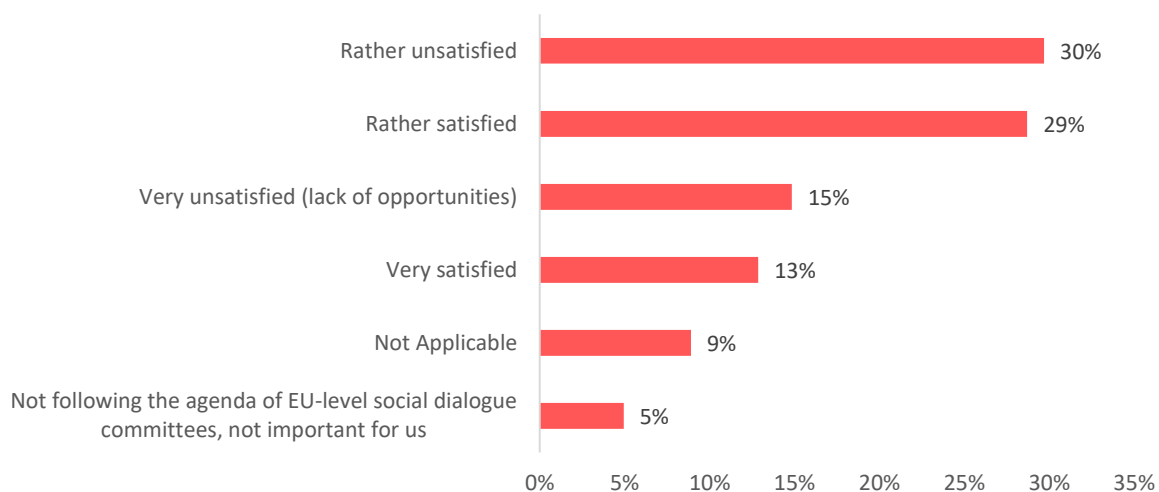
Fuente: Encuesta sobre dialogo social en los sectores hospitalario y sanitario

Nota: La pregunta fue: “¿Considera una prioridad algunos de los temas enumerados a continuación? Puntúe del 1 al 5, donde 1 representa la prioridad menor y 5 la más elevada”.

Al preguntar sobre el grado de satisfacción en cuanto a las oportunidades para abordar las prioridades del dialogo social a nivel de la UE, los resultados muestran posibilidades de mejora en cuanto a la participación de las organizaciones nacionales, la creación de un entorno más participativo y una mayor involucración de los interlocutores nacionales a nivel de la UE. Un tercio de los encuestados están bastante insatisfechos con las oportunidades e, incluso, el 15 % considera que hay falta de oportunidades a la hora de comunicar sus prioridades a nivel de la UE. Por otro lado, el 42 % de los entrevistados están bastante o muy satisfechos (29 % y 13 % respectivamente).

Las razones aducidas para la falta de satisfacción en relación con las oportunidades de comunicar las prioridades en el dialogo social a nivel de la UE es la falta de recursos económicos (58 %) y de recursos humanos/personal (51 %). El 40 % de los encuestados afirma no tener interacción con las organizaciones a nivel de la UE. No obstante, el 18 % de los encuestados cree que sus prioridades difieren de las prioridades de los interlocutores sociales a nivel de la UE en cuanto al sector hospitalario y sanitario.

Gráfico 3: Grado de satisfacción en cuanto a las oportunidades para abordar las prioridades en el dialogo social a nivel de la UE (% , N= 101)



Fuente: Encuesta sobre diálogo social en los sectores hospitalario y sanitario

Nota: La pregunta fue: ¿Cuál es su grado de satisfacción con las oportunidades reales de abordar las cuestiones clasificadas como de mayor prioridad (clasificación de 4 y 5) en la pregunta anterior dentro del comité de dialogo social sectorial de la UE para los sectores hospitalario y sanitario? Seleccione una opción”.

Basándonos en la encuesta, los interlocutores sociales esperan lo siguiente de la UE: 1) apoyo para lograr un impacto mayor sobre las políticas nacionales del sector sanitario (78 %) y, 2) apoyo a la negociación colectiva nacional (65 %), (por ej. negociación en materia salarial). Estas son las dos expectativas más expresadas que revelan que los interlocutores sociales nacionales deben aumentar su influencia a nivel nacional. Se espera que las estructuras del dialogo social de la UE sirvan de apoyo en estos términos. El 55 % de los encuestados espera que la creación de capacidades aporte orientaciones específicas sobre el fortalecimiento del dialogo social y la negociación colectiva en los hospitales y la asistencia sanitaria de nuestros países y, el 52 % espera un mayor reconocimiento de los intereses de nuestra organización y la incorporación del dialogo social en la agenda de la UE.

Tabla 5: Las expectativas de las organizaciones sobre las estructuras de dialogo social de la UE (% , N= 95)

| Expectativas | Por ciento |
|---|------------|
| Apoyo a nuestra organización de los interlocutores sociales de la UE para tener un mayor impacto sobre las políticas del sector de salud en nuestro país | 78% |
| Apoyarnos en nuestra negociación colectiva nacional (por ej. negociación en materia salarial) | 65% |
| Creación de capacidades – aportando orientación específica sobre cómo fortalecer el dialogo social y la negociación colectiva en los hospitales y la asistencia sanitaria de nuestro país | 55% |
| Mayor reconocimiento de los intereses de nuestra organización y la incorporación del dialogo social en la agenda a nivel de la UE | 52% |
| Aportar un espacio para la creación de redes y el intercambio de experiencias | 47% |

Fuente: Encuesta sobre diálogo social en los sectores hospitalario y sanitario

Nota: La pregunta fue - ¿Cuáles son sus expectativas en torno a las estructuras de dialogo social a nivel de la UE para el sector hospitalario y sanitario? Seleccione las tres expectativas más importantes de las opciones que figuran a continuación.

La pandemia del Covid-19 cambió las prioridades de los interlocutores sociales, intensificando incluso aún más la urgencia de determinadas cuestiones que ya habían sido identificadas antes de la crisis. Los interlocutores sociales de Croacia, Eslovenia, Chequia y Eslovaquia, quienes tuvieron la oportunidad de debatir sus prioridades durante y después de la segunda ola de la pandemia, declararon que las dificultades que no se habían abordado durante mucho tiempo se exacerbaban durante la pandemia. Especialmente, la escasez de personal pasó a ser crítica. Los temas de salud y seguridad han adquirido otras dimensiones en la prevención y control del contagio, y la disponibilidad de equipos de protección individual. En Croacia y Eslovenia, la importancia de la salud mental se intensificó durante la crisis⁶.

El debate del seminario regional con los países de Europa Central desveló un nuevo tema para comunicar a nivel de la UE. Ambos interlocutores sociales reclaman un aumento de la inversión procedente de los planes de recuperación y resiliencia que fue anunciado a nivel nacional (HR, SK). Los participantes en el seminario consideraron insuficiente su participación en el proceso de consulta sobre el plan de recuperación. No se aprovecharon las oportunidades para negociar una participación justa en el dialogo social a nivel nacional. Con frecuencia se ha excluido del proceso a los interlocutores sociales. La insatisfacción en relación con el porcentaje de inversiones establecido a nivel nacional aporta un margen de acción para los interlocutores sociales a nivel de la UE.

Representantes de los sindicatos rumanos declaran que con el gobierno actual se han reducido las oportunidades de influir en las medidas durante la pandemia y de abordar la precariedad de las condiciones laborales en la asistencia sanitaria. Se ignora la demanda de los sindicatos de un suministro adecuado de equipos de protección individual, el acceso a las vacunas, y el aumento salarial. Casi todos los hospitales se transformaron en hospitales de Covid, poniendo en riesgo la salud de otros pacientes²⁴.

España confirmó también la participación limitada en el dialogo social y la baja inversión en asistencia sanitaria, lo que ocasionó múltiples recortes. Por otro lado, Croacia se muestra satisfecho con el dialogo social durante la pandemia, que provocó un aumento salarial del 10 %. Además, en Italia, a pesar de la pandemia siguen en marcha las negociaciones con los interlocutores sociales y la negociación colectiva no se vio afectada por el Covid-19. ARAN logró concluir diferentes contratos públicos, como son los convenios colectivos nacionales en relación con las “funciones locales” y sobre “asistencia sanitaria”, y actualmente trabajan en convenios colectivos nacionales “funciones centrales”.²⁵

7. Conclusión

El informe final presentó los resultados de la participación de los interlocutores sociales en el dialogo social a nivel de la UE y las prioridades a abordar en la UE en relación con: Bulgaria, Hungría, Polonia, Rumania, Chipre, Grecia, Italia, Malta, Portugal, España, Croacia, República Checa, Eslovaquia y Eslovenia.

Las afinidades de los países especificados tienen que ver con un gasto a largo plazo, inferior a la media de los 27 de la UE, y la escasez de personal, que están ocasionando el consiguiente aumento de la carga de trabajo y ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y del personal. Además, la migración de los profesionales sanitarios, principalmente hacia los países occidentales y del norte, supone un desafío económico y social para todos los países especificados. La escasez de personal hace que aumente el empleo precario, caracterizado por unas jornadas laborales prolongadas, el aumento de los turnos de noche y la contratación de nuevo del personal jubilado. Durante la crisis del Covid-19 las condiciones laborales han demostrado la necesidad creciente de acciones coordinadas e inclusivas a nivel nacional y europeo a fin de gestionar los desafíos de forma efectiva. Como consecuencia, ha pasado a ser esencial la representación de los interlocutores sociales en el dialogo social sectorial europeo y su participación en el Semestre Europeo.

Se anima a los interlocutores sociales a nivel nacional a alcanzar un compromiso elevado de parte de la Comisión Europea para una Europa Social y contribuir a encontrar soluciones para los desafíos acuciantes que presenta la asistencia sanitaria. Por otra parte, las iniciativas a nivel de la UE pueden suponer una fuente de información e inspiración para las estrategias de desarrollo y el fortalecimiento del dialogo social en los Estados miembros.

La representación de los interlocutores sociales se presenta fragmentada y diversa en cuanto a las líneas ocupacionales y los sectores de salud público y privado. Estas características que comparten la mayoría de los países especificados se complementan con la falta de un homólogo oficial. La mayoría de las organizaciones de los países especificados participaron en las estructuras de dialogo social a nivel de la UE, bien representados por la FSESP y HOSPEEM o por otras organizaciones europeas transectoriales. La participación de los empleadores en las estructuras de dialogo social a nivel de la UE está limitada en la actualidad.

A pesar del número de Estados miembros de la UE que reciben recomendaciones específicas por países relativas a la asistencia sanitaria dentro del proceso del Semestre Europeo, la participación de los interlocutores sociales está limitada. Estos expusieron sus prioridades que esperan comunicar en el dialogo social a nivel de la UE. Los temas van desde problemas estructurales generales, como una mayor inversión en asistencia sanitaria en general, la seguridad y la salud en el trabajo y las condiciones laborales, la retención del personal laboral y la conciliación de la vida laboral y privada, a los debates en torno a la Directiva sobre un salario mínimo europeo. Los temas más puntuados son: las condiciones laborales y la seguridad y la salud en el trabajo, que se asocian a los desafíos a largo plazo que supone la escasez de personal sanitario y el empeoramiento de las condiciones laborales.

Se puede mejorar en cuanto a la participación de las organizaciones nacionales, creando un entorno más participativo y comprometido para los interlocutores sociales nacionales a nivel de la UE. Partiendo de la encuesta, los interlocutores sociales tienen expectativas claras acerca del dialogo social a nivel de la UE. Los interlocutores sociales nacionales deben aumentar su influencia a nivel nacional a fin de lograr un impacto más

sustancial sobre las políticas nacionales del sector de salud. Se espera el apoyo de las estructuras de dialogo social a nivel de la UE.

Las siguientes medidas de los interlocutores sociales de la UE producirán una mayor actividad en las iniciativas de contratación y retención y se explorarán más los programas de creación de capacidades que contribuirán a acrecentar el apoyo político para el dialogo social.

Anexo

A. Metodología

Se ha utilizado un diseño de metodología combinada:

- a) Una investigación documental orientada en la identificación de los interlocutores sociales del sector hospitalario y sanitario, sus características y estudios sobre el diálogo social nacional y el Semestre Europeo.
- b) Una encuesta en línea individualizada dedicada al diálogo social en el sector sanitario que consistía en 23 preguntas y estaba estructurada en torno a cuatro áreas:
 - (1) Identificación de las organizaciones;
 - (2) Participación en el diálogo social a nivel nacional y de la UE, y el Semestre Europeo;
 - (3) Prioridades y temas para comunicar a nivel de la UE;
 - (4) Grado de satisfacción con las oportunidades para abordar las prioridades y las expectativas procedentes de las estructuras de diálogo social a nivel de la UE.

La encuesta se tradujo a varias lenguas y fue distribuida en línea a través de los sistemas Survey Monkey. Se ha invitado de manera repetida para que completen la encuesta, a diferentes organizaciones, sindicatos y patronales. La distribución obtenida de los participantes en la encuesta es la siguiente:

| Muestra total | Por ciento | Número |
|--|------------|-------------------|
| Número total de encuestados | 100% | 181 |
| Tipo de organización | | |
| Organización de empleadores | 6,6% | 12 |
| Sindicato | 87,9% | 159 |
| Otras | 5,5% | 10 |
| Posición dentro de la organización del encuestado | | |
| Presidente/a | 20,7% | 35 |
| Vicepresidente/a | 4,7% | 8 |
| Secretario/a General | 4,7% | 8 |
| Miembro del Presidium | 29,0% | 49 |
| Miembro del personal | 16,0% | 27 |
| Otros | 25,0% | 42 |
| País | | |
| Bulgaria | 1,20% | 2 |
| Croacia | 5,99% | 10 |
| Chipre | 1,80% | 3 |
| República Checa | 2,40% | 4 |
| Grecia | 5,39% | 9 |
| Hungría | 2,99% | 5 |
| Italia | 3,59% | 6 |
| Malta | 2,40% | 4 |
| Polonia | 2,40% | 4 |
| Portugal | 2,40% | 4 |
| Rumanía | 59,88% | 100 ²⁹ |
| Eslovaquia | 4,19% | 7 |
| Eslovenia | 2,40% | 4 |
| España | 2,99% | 5 |

²⁹ El elevado número de encuestados de Rumanía se debe a la divulgación de la encuesta hecha por los sindicatos regionales

- c) El análisis de los debates en los seminarios regionales: se facilitó el debate del seminario debido a que se estructuró y estaba preparada con antelación; se han tomado notas y consolidado los resultados del resumen, que complementan a la encuesta y a los de la investigación documental.

Periodos de las fases de investigación para los grupos particulares de países

| Países | Investigación documental | Informe sobre la recopilación de datos | análisis del seminario de webinar |
|------------------------|---------------------------------|--|---|
| BG, HU, PL, RO | Desde abril a julio de 2019 | Desde abril a junio de 2019 | Seminario regional en Bucarest en junio de 2019 |
| CY, EL, IT, PT, MT, ES | Desde julio a noviembre de 2019 | Desde julio a noviembre de 2019 | Seminario regional en Roma en noviembre de 2019 |
| HR, CZ, SK, SI | Desde febrero a agosto de 2020 | Desde febrero a agosto 2020 | Seminario regional en línea en abril de 2021 |

B. Recomendaciones específicas por países del Semestre Europeo

La siguiente tabla resume las CSR de los cuatro países especificados y otras recomendaciones del texto relativas a los ámbitos políticos social y de salud. Cabe señalar que la información siguiente se ha extraído de las recomendaciones por países, aprobadas en julio de 2020.

| Áreas de recomendación | Bulgaria | Hungría | Polonia | Rumania |
|--|---|---|--|---|
| Política sanitaria | | | | |
| Sistema e infraestructura de la asistencia sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> Caracterizada por el gasto público; Acceso limitado a la asistencia sanitaria debido a la distribución desigual de los recursos limitados y la baja cobertura del seguro de salud; El pago directo es considerable. | <ul style="list-style-type: none"> Las pruebas y la atención primaria son inadecuadas; El gasto público es inferior a la media de la UE; Los ciudadanos se acogen a los pagos directos para acceder a servicios de calidad; El sistema está marcadamente centrado en el sector hospitalario, con debilidades en la atención primaria. | <ul style="list-style-type: none"> La necesidad no cubierta de servicios médicos disminuyó, pero sigue siendo elevada en la UE; Los tiempos de espera han aumentado sustancialmente desde 2010; Se ha desarrollado el mapa de necesidades sanitarias, pero no se ha convertido en un instrumento de apoyo a las decisiones; El sistema sanitario se centra demasiado en la prestación de asistencia hospitalaria; La atención primaria y ambulatoria sigue sin desarrollarse lo suficiente. | <ul style="list-style-type: none"> La baja financiación, el uso insuficiente de recursos públicos y la ausencia de reformas limita la eficacia del sistema de salud; La alta prevalencia del pago informal es elevada; El acceso a los servicios sanitarios para las personas que viven en las áreas rurales y grupos vulnerables está limitado. |
| | <p>CSR: Mejorar el acceso a los servicios sanitarios, incluyendo la reducción de los pagos directos y una solución a los recortes de los profesionales sanitarios.</p> | <p>CSR: Mejorar los resultados en materia de salud mediante el apoyo a las medidas de prevención sanitarias y el fortalecimiento de la atención primaria.</p> | <p>CSR: Mejorar el acceso y la eficiencia de la asistencia sanitaria, incluyendo a través del cambio hacia la asistencia ambulatoria.</p> | |
| Escasez de personal sanitario | <ul style="list-style-type: none"> La baja disponibilidad de médicos está limitando de la prestación de atención primaria; Una escasez significativa de enfermeros, con una proporción que se sitúa entre las más bajas de la UE. | <p>La escasez considerable de personal sanitario, en particular, de médicos generales y enfermeros, frustra el acceso a la asistencia en las áreas más pobres.</p> | <ul style="list-style-type: none"> El acceso y la eficacia del sistema sanitario se ve influido por el bajo gasto y la escasez de personal; La proporción de médicos generales y enfermeros en relación con la población se sitúa entre las más bajas de la UE, y una cuarta parte del personal médico se sitúa por encima de la edad de jubilación. | <p>La escasez de personal sanitario existente debido, en concreto, a la emigración de médicos y enfermeros.</p> |
| | <p>Recomendación: La aplicación más rápida y efectiva de la estrategia nacional de salud contribuiría a solucionar estas debilidades.</p> | | | |
| Política social | | | | |
| Competencias | <p>Recomendación: Fortalecimiento de la capacidad de empleo mediante el refuerzo de las competencias, incluyendo las competencias digitales.</p> | <p>Recomendación: El desarrollo de competencias digitales contribuiría a mejorar la capacidad de empleo.</p> | <p>Debilidad en materia de capacidades digitales, alfabetización y aritmética</p> <p>CSR: Promover una educación y capacidades de calidad relevantes para el mercado laboral, especialmente a través del aprendizaje de adultos.</p> | <p>No evoluciona de acuerdo con las necesidades de los sectores económicos en expansión.³⁰</p> |

³⁰ El 81 % de los empleadores tiene dificultades para cubrir los puestos vacantes

| Áreas de recomendación | República Checa | Croacia | Eslovenia | Eslovaquia |
|---|--|--|---|--|
| Política sanitaria | | | | |
| Sistema sanitario e infraestructuras | <p>La crisis actual ha demostrado la necesidad de planes de preparación ante la crisis que incluyan estrategias para la adquisición, cadenas de suministro diversificadas y reservas estratégicas de suministros esenciales. Son elementos clave más amplios orientados al desarrollo de los planes de preparación ante las crisis.</p> <p>Recomendación: Garantizar la resiliencia del sistema de salud, fortalecer la disponibilidad de trabajadores sanitarios, la atención primaria y la integración de los cuidados, además de la aplicación de servicios de salud electrónicos.</p> | <p>Mejorar la resiliencia del sistema de salud. Promover una distribución geográfica equilibrada de los trabajadores e instalaciones de salud, una cooperación más estrecha en todos los niveles de la Administración, además de inversiones en salud electrónica.</p> | <p>Garantizar la salud y la resiliencia de los sistemas de cuidados a largo plazo, incluyendo la prestación de un suministro adecuado de productos médicos críticos y abordar la escasez de trabajadores sanitarios.</p> | <p>Fortalecimiento de la resiliencia del sistema de salud y del personal sanitario, productos médicos críticos y las infraestructuras. Mejorar la prestación de atención primaria y la coordinación entre los tipos de asistencia.</p> |
| Política social | | | | |
| Competencias | <p>Apoyo a la prestación de competencias, incluyendo las capacidades digitales y el acceso al aprendizaje digital.</p> | <p>Aumento del acceso a las infraestructuras digitales y servicios. Promover la adquisición de competencias.</p> | <p>Promover las capacidades digitales para las empresas, y el fortalecimiento de las competencias digitales, el comercio y la sanidad electrónicos.</p> | <p>Fortalecimiento de las competencias digitales. Garantizar el acceso igualitario a la educación de calidad.</p> |
| Población activa | <p>Apoyo al empleo a través de las políticas activas del mercado laboral.</p> | <p>Fortalecimiento de las medidas del mercado laboral y de las instituciones y mejorar la adecuación de los beneficios del desempleo y los planes de ingresos mínimos.</p> | <p>Aportar un ingreso de sustitución adecuado y protección social. Mitigar el impacto de la crisis sobre el empleo, incluyendo la mejora de los planes laborales a corto plazo y la flexibilidad de los acuerdos laborales. Garantizar que estas medidas aporten una protección adecuada para los trabajadores en condiciones atípicas.</p> | <p>Aportar un ingreso de sustitución adecuado, y garantizar el acceso a la protección social y a los servicios esenciales para todos.</p> |

| Áreas de recomendación | Chipre | Grecia | Italia | Malta | Portugal | España |
|--|---|---|--|---|--|--|
| Política sanitaria | | | | | | |
| Sistema sanitario e infraestructura | <p>Progreso realizado en asistencia sanitaria mediante la aprobación de legislación para establecer el nuevo sistema nacional de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentar mejorar del acceso; Introducir una cobertura sanitaria universal; Reducir el alto nivel de pagos directos; Aumento de la eficiencia de la prestación de cuidados en el sector público; Garantizar la autonomía económica y funcional de los hospitales públicos. <p>CSR: Adoptar medidas para garantizar que el sistema nacional de salud sea operativo en 2020, como estaba planificado, mientras que se conserva la sostenibilidad a largo plazo.</p> | <p>La reforma de gran alcance del sistema sanitario de atención primaria iniciada en 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> relevante para garantizar el acceso; la inversión continua a través del despliegue de la unidad sanitaria requerida. <p>CSR: Centradas en la política económica para la inversión en asistencia sanitaria sostenible, considerando las disparidades regionales y la necesidad de garantizar la inclusión social;</p> | <p>Resultados buenos en general, pero disparidades en las prestaciones sanitarias a lo largo de regiones, que impactan sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> el acceso; la equidad; la eficiencia; <p>Potencial de mejora, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> la mejora de la administración; la supervisión de los niveles estandarizados de servicios. <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mayor asistencia domiciliaria y comunitaria prolongada para personas con discapacidades y otros grupos en desventaja; Disparidades geográficas a considerar en la disponibilidad de servicios de asistencia prolongada. <p>CSR: Mejorar la eficacia, accesibilidad y sostenibilidad de la asistencia sanitaria.</p> | <p>Situación actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento del gasto público asociado al envejecimiento de los sistemas sanitarios; Riesgo de aumento de la deuda a largo plazo; Medidas en curso para descentralizar los servicios de los hospitales hacia la atención primaria; Abordar los largos tiempos de espera mediante la ampliación de la capacidad de la atención ambulatoria hospitalaria; Aumentar la demanda de asistencia a largo plazo; Introducción de nuevas modalidades de servicios comunitarios y domiciliarios; No hay impacto de las medidas abordadas sobre sostenibilidad fiscal hasta la fecha. <p>CSR: Garantizar la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario, incluso mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las restricciones a la jubilación temprana; El ajuste de la edad de jubilación obligatoria ante las ganancias que se esperan en relación con la esperanza de vida. | <ul style="list-style-type: none"> Presión continua sobre las finanzas públicas derivada de las tendencias demográficas adversas; Promoción de la rentabilidad mediante el aumento de la adquisición centralizada y el uso de los productos genéricos; Planificación presupuestaria inadecuada y responsabilidad sobre el control que ocasiona retrasos hospitalarios; Introducción de un nuevo modelo de gobernanza para los hospitales públicos para abordar a nivel estructural los retrasos en 2019. <p>CSR: Mejorar la calidad de las finanzas públicas al dar prioridad al crecimiento que mejora el gasto al tiempo que se fortalece el control general del gasto, la eficiencia del coste, y unos presupuestos adecuados, centrándose en una reducción permanente de los atrasos hospitalarios.</p> | |
| Política social | | | | | | |
| Competencias | Acceso a la educación y formación de calidad con perspectivas de aprendizaje | Aumento de la falta de competencias y desajustes y un entorno laboral en cambio. | Considerar la adquisición de competencias con vistas al futuro, incluyendo las | Esfuerzos adicionales para mejorar la calidad e inclusión de los sistemas de educación y formación, | Los niveles de competencias siguen bajos en algunos grupos poblacionales. | La escasez de competencias y los desajustes impiden el desarrollo y uso de |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|---|--|--|---|---|
| | <p>permanente, considerando las necesidades futuras.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la capacidad de educación y formación profesionales; • Aumento de la involucración de los empleadores y la participación de los estudiantes en la educación y formación profesionales. <p>CSR: Mejorar la importancia del mercado laboral en los sistemas de educación y formación.</p> | <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la capacidad de educación y formación profesionales; • Fortalecimiento y modernización de los sistemas de educación y formación. | <p>medidas para la promoción del aprendizaje de adultos.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del atractivo de la profesión de docente; • Aumento de las capacidades, necesario para las competencias digitales. <p>CSR: Mejorar los resultados de educación, también a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversiones adecuadas y específicas; • Promover la capacitación en competencias digitales. | <p>prestando atención especial a los grupos menos favorecidos.</p> | <p>Mejorar la capacidad de empleo y la movilidad social mediante la inversión en educación, formación e infraestructuras.</p> <p>CSR: Mejorar el nivel de competencias de la población, en concreto, su alfabetismo digital, mediante incluso haciendo más relevante el aprendizaje de adultos frente a las necesidades del mercado laboral.</p> | <p>tecnologías avanzadas, particularmente mediante las pequeñas y medianas empresas.</p> <p>Se han paralizado los esfuerzos por reformar el sistema educativo.</p> <p>CSR: Reducir la tasa de abandono escolar temprano y aumentar la cooperación entre el ámbito educativo y la empresa a fin de mejorar las competencias laborales que son relevantes para el mercado y las cualificaciones, en particular, para las tecnologías de la información y las comunicaciones.</p> |
| Salarios | | <p>Recomendación: Llevar a cabo reformas más integrales de las prestaciones sociales.</p> | <p>La desigualdad de ingresos y el riesgo de pobreza son más elevados, con amplias disparidades regionales y territoriales.</p> <p>La brecha de género del empleo sigue siendo una de las más elevadas de la Unión.</p> <p>Todavía falta una estrategia integral para promover la participación de las mujeres en el mercado laboral.</p> | | <p>A pesar de descender la desigualdad en materia salarial, todavía bastante alta que la media de la Unión. La adecuación de un plan de ingresos mínimos se encuentra entre los más bajos de la Unión.</p> <p>Recomendación: Mejorarla cobertura, adecuación o efectividad de la red de seguridad social, incluyendo los planes de ingresos mínimos.</p> | <p>Se presentan disparidades regionales en los planes de ingresos mínimos; el traslado está limitado entre regiones, reduciendo los incentivos a la movilidad laboral.</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar las estrategias de desarrollo territorial, incluidas las acciones para promover el espíritu empresarial, la digitalización, y la economía social. • Abordar las brecha de cobertura en los planes regionales de ingresos mínimos. |
| Dialogo social | | <p>Dialogo social efectivo y la asociación social responsable pueden favorecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un entorno para la aplicación; • Titularidad de las reformas sostenibles. | <p>La reforma inicialmente prevista del marco de negociación colectiva orientada a aportar salarios y sueldos más en línea con las condiciones económicas a nivel regional y de empresa.</p> <p>Un acuerdo marco firmado con los tres sindicatos principales italianos para:</p> | | | <p>Mientras la creación de debates a nivel tripartito es una buena medida hacia una participación más significativa de los interlocutores sociales en el diseño político, hay posibilidad de consultas más profundas y oportunas.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Ampliar la negociación de segundo nivel;• Aumentar la certidumbre jurídica mediante el establecimiento de normas más precisas para la representación de los interlocutores sociales en las negociaciones;• Establecimiento del algoritmo mejorado para el establecimiento de un mínimo salarial. | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Fuente: Visión general recopilada por el equipo de CELSI basándose en las recomendaciones específicas dentro del Semestre Europeo de 2020

C. Lista de participantes en el seminario de divulgación

| Apellidos | Nombre | Organización | Afiliación | País |
|--------------------|-------------|---|------------|-----------------|
| Albuquerque Arenga | Margarida | Representación permanente de Portugal | Otra | Bélgica |
| Avram | Adam | EPSU | FSESP | Bélgica |
| Barecka-Bach | Anna | NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare | FSESP | Polonia |
| Bartlet | Céline | HOSPEEM | HOSPEEM | Bélgica |
| Behrens | Jan | European Commission | Otra | Bélgica |
| Berislavic | Marija | Croatian Trade Union of nurses and medical technicians | FSESP | Croacia |
| Bota | Ovidiu | SANITAS Cluj | FSESP | Rumanía |
| Branca | Marta | HOSPEEM | HOSPEEM | Italia |
| Břeňková | Ivana | TUHSS CR/OSZSP ČR | FSESP | República Checa |
| Cojocariu | Victoria | Eurofound | Otra | Irlanda |
| Das | Sarada | Standing Committee of European Doctors (CPME) | Otra | Bélgica |
| De Bruyn | Myriam | Zorgnet-Icuro | HOSPEEM | Bélgica |
| Dechorgnat | Elisa | FEHAP | HOSPEEM | Francia |
| Drug | Roxana | FSESP | FSESP | Bélgica |
| Fasoli | Sara | HOSPEEM | HOSPEEM | Bélgica |
| Gae | Razvan | SANITAS Federation | FSESP | Rumanía |
| Gil Alonso | Yolanda | FSS-CC.OO | FSESP | España |
| Goudriaan | Jan-Willem | FSESP | FSESP | Bélgica |
| Hnykova | Jana | OSZSP ČR | FSESP | República Checa |
| Holubová | Barbora | CELSI | Otra | Eslovaquia |
| Howe | Samantha | EPDU | FSESP | Bélgica |
| Kahancova | Marta | CELSI | Otra | Eslovaquia |
| Malapitan | Christopher | Graphic artist | Otra | Bélgica |
| Michelutti | Paolo | ASL Roma 3 | HOSPEEM | Italia |
| Mohrs | Simone | HOSPEEM | HOSPEEM | Bélgica |
| Negru | Liliana | SANITAS Arad | FSESP | Rumanía |
| Oarna | Ana María | Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED | Otra | Rumanía |
| Papp | Katalin | Cámara de profesionales sanitarios de Hungría, Universidad de Debrecen, Facultad de Salud | Otra | Hungría |
| Paun | Tanja | Asociación croata de empleadores sanitarios | Otra | Croacia |
| Pereira | Ana Carla | Comisión Europea | Otra | Bélgica |
| Petcu | Claudia | Sanitas | FSESP | Rumanía |
| Prasnjak | Anica | Sindicato croata de enfermeros y técnicos médicos | FSESP | Croacia |
| Ptak-Bufkens | Katarzyna | Comisión Europea | Otra | Bélgica |
| Renouvel | Sylvain | Federación Europea de Empleadores sociales | Otra | Bélgica |

| | | | | |
|---------------------|------------|--|---------|--------------|
| Rinversi | Silvia | ARAN | HOSPEEM | Italia |
| Robert | Alexandre | Federación europea de asociaciones de enfermeros (EFN) | Otra | Bélgica |
| Rodríguez Contreras | Ricardo | Eurofound | Otra | Irlanda |
| Rogalewski | Adam | FSESP | FSESP | Bélgica |
| Romeao | Sandra | Sanitas | FSESP | Rumania |
| Scarparo | D'Emanuele | UIL FPL | FSESP | Italia |
| Schriefer | Jan | FNV the Netherlands | FSESP | Países Bajos |
| Slangen | Sylvie | Zorgnet-Icuro | HOSPEEM | Bélgica |
| Vannini | Michele | FP-CGIL | FSESP | Italia |
| Zlatanova | Slava | Federación sindical - Servicios Sanitarios (FTU-HS) | FSESP | Bulgaria |