Núm. 16

Enero 2014

Jurídico

cuadernos sanitarios

Revista trimestral de contenido jurídico de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios

ISSN: 2172-7589

www.sanidad.ccoo.es

Camille Claudel

El abandono

La genialidad, el amor y la locura

A FONDO

Competencias en Sanidad

La paralización de la privatización sanitaria en Madrid: un momento histórico

EL LECTOR PREGUNTA

¿Cómo se regula la ponderación de la jornada laboral?

SENTENCIAS DE INTERÉS

Acoso laboral en el Servicio Andaluz de Salud

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

sumario

Editorial

Pág.

Sí, se puede 3

Actualidad normativa

Disposiciones normativas recientes 4 y 5

A fondo

Competencias en Sanidad 6 - 11

La paralización de la privatización sanitaria en Madrid: un momento histórico 12 - 15

XXIV Convenio Oficinas de Farmacia 16 - 20

El lector pregunta

¿Cómo se regula la ponderación de la jornada laboral? 21

Sentencias de Interés

Acoso laboral en el Servicio Andaluz de Salud 22 y 23

CCOO lucha en los juzgados contra la privatización 24 y 25

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Editorial

SÍ, se puede

Antonio Cabrera. Secretario general de la FSS-CCOO

La Sanidad Pública de nuestro país comienza 2014 con una gran celebración, casi podríamos calificarla de histórica, porque su alta valoración y reconocimiento han conseguido unir a toda la ciudadanía, a sus profesionales, sindicatos y otras organizaciones sociales para defenderla, convencidos de que no vamos a permitir que nos arrebaten esta gran conquista, y que entre todos y todas, ¡sí, podemos!

A partir de que el Gobierno de la Comunidad madrileña nos desvelara su intención, el pasado mes de octubre de 2012, se constituiría la 'Mesa en Defensa de la Sanidad Pública', para aglutinar a muy diversas organizaciones, entre ellas CCOO, que ha sido una parte activa y protagonista durante todo este tiempo, destacando el papel de la Federación de Sanidad y de la Unión Sindical de Madrid, e igualmente el de todas las delegadas y delegados de los centros sanitarios.

Y, aunque no es necesario recordar la lucha histórica de CCOO en la defensa de nuestro Sistema Sanitario Público, cabe señalar que desde entonces hemos participado en las 15 mareas blancas que han tenido lugar, marchas, manifestaciones, encierros, huelgas, concentraciones, recogidas de firmas, consultas a la ciudadanía…

Definitivamente, la justicia nos ha dado la razón: "Sí, se puede", y lo hemos conseguido: hemos puesto freno al plan privatizador que la Comunidad de Madrid pretendía. Es un gran triunfo de todas y todos, también nuestro, por el que nos debemos de felicitar.

El precio de romper con los convencionalismos

Ana Ruiz. Responsable Área Comunicación FSS-CCOO

Camille Claudel (Francia, 1864-1943) forma parte del panteón de artistas cuya genialidad terminó convirtiéndose en locura. Al menos oficialmente porque, aunque hoy nadie niega que fue una persona inestable, hay serias dudas sobre la supuesta locura de quien fue una de las mejores escultoras del siglo XX, alumna aventajada (y no sólo amante) de Auguste Rodin, cuya influencia fue mucho más recíproca de lo que el maestro quiso reconocer.

"Tras apoderarse de la obra realizada a lo largo de toda mi vida, me obligan a cumplir los años de prisión que tanto merecían ellos..." Estas palabras fueron escritas por Camille al cumplirse el séptimo año de lo que ella misma calificaba como "penitencia", su internamiento en un manicomio, a petición de su propia madre, cuando acababa de cumplir 49 años, y en el que se vería recluida pese a su voluntad durante 30 años, hasta su muerte. Finalmente sería enterrada en una fosa común.

La suya es la historia de un enfrentamiento: el de una mujer genial y turbulenta contra todos aquellos que quisieron poner barreras a su indomable espíritu, una vida en la que se entremezcló el talento con el amor y la locura con el arte.

Staff

Dirección: Ana Ruiz Pardo. **Coordinación:** Juan Carlos Álvarez Cortés y Leonardo Romero. **Diseño y Maquetación:** Ana Ruiz Pardo y Rocío Ruiz Mendoza. **Tratamiento de imagen:** Javier Martín Pedroviejo. **Redacción:** Ana Ruiz Pardo, Rocío Ruiz Mendoza, José Gutiérrez Campoy, José Manuel Rodríguez Vázquez, María Luisa Gómez, Pablo Caballero, Luis Álvarez, Sausana Castanera y Rosa María Martín.// Los artículos firmados son responsabilidad propia, aunque defenderemos su derecho de opinión ante las instancias necesarias. // 'jurídiCCOO- cuadernos sanitarios' es una publicación de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO), que se distribuye gratuitamente.

Jurídi CCOO cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Disposiciones **normativas** recientes

José Manuel Rodríguez Vázquez.
Asesoría Jurídica FSS-CCOO

Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano (BOE núm. 251, de 19 de octubre de 2013).

Viene a derogar la anterior normativa sobre esta materia, que databa del año 1994, y supone una puesta al día de la misma, incorporando a la vez las últimas novedades lesgislativas de la Unión Europa; también ampliando los cauces de distribución de medicamentos a nuevas figuras, al tiempo que incluye un capítulo dedicado a las buenas prácticas de distribución.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 denoviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, (BOE núm. 289, de 3 de diciembre de 2013).

Atiende al mandato de refundir, regularizar, aclarar y armonizar toda la anterior legislación en materia de derechos de las personas con discapacidad, a saber: la Ley 13/1992, de integración social de las personas con discapacidad; la Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad; y la Ley 49/2007, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesbilidad universal de las personas con discapacidad.

Todo ello a la luz de los principios plasmados en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

Se establece el régimen de infracciones en materia de igualdad y oportunidades

Real Decreto-ley 16/2013, de 20 de diciembre, de medidas para favorecer la contratación estable y mejorar ka empleabilidad de los trabajadores (BOE núm. 305, de 21de diciembre de 2013).

Nuevo hito en el despliegue reformista a golpe de Decreto-ley protagonizado por nuestro Gobierno, que toca variados e importantes puntos en material social, laboral y de Seguridad Social. Así, en primer lugar, introduce una trascendente modificación de la contratación a tiempo parcial, favoreciendo su desregulación (es decir, lo que en la terminología oficial se denomina eufemísticamente “flexibilización), al añadirse, entre otros extremos, la posibilidad de prolongación de la jornada en los mismos mediantes el poco sutil expediente de a relación de horas complementarias no sólo pactadas, sino también voluntarias, más allá de aquellas. Y todo elllo, a pesar de la supresión formal de las noras extraordinarias en esta modalidad contractual.

Posibilita también la realización de ‘contratos de apoyo a los emprendedores’ a tiempo parcial. Pero también se modifica la Ley General de la Seguridad Social en el sentido de ampliar de forma generosa los conceptos computables a la hora de establecer la base de cotización de aquellos trabajadores sujetos al Régimen General de la Seguridad Social.

Ley 23/2013, de 23 de diciembre, del Factor de Sostenibilidad y del índice de Revaloración del Sistema de Pensiones de la Seguridad Social, (BOE núm. 309, de 26 de diciembre de 2013).

Texto eminentemente técnido, que desarrolla la figura del factor de sostenibilidad (introducida en nuestra normativa sobre Seguridad Social por la Ley 27/2011, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social), en cuanto instrumento que, tras su aplicación a partir del ejercicio de 2019, vinculará el importe de las pensiones de jubilación a la evaluación de la esperanza de vida; disociándolas definitivamente de factores como el índice de precios al consumo, que venía siendo el factor determinante de la revalorización de las pensiones desde el año 1997. Al tiempo, modifica desde ya el régimen de revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social.

Real Decreto 1045/2013, de 27 de diciembre, sobre revalozación de las pensiones del sistema de la Seguridad Social y de otras prestaciones sociales públicas para el ejercicio 2014 y Real Decreto 1043/2013, de 27 de diciembre, sobre revalorización y complementos de pensiones de clases pasivas para el año 2014 (BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 2013).

El primero de ellos establece una revalorización general de las pensiones de la Seguridad Social en cuantía del 0,25%, en tanto que el segundo decreto establece idéntica cuantía en materia de clases pasivas, salvo las excepciones legalmente previstas.

Real Decreto-Ley 1046/2013, de 27 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2014 (BOE núm. 312, de 30de diciembre de 2013).

Establece el importe de 645, 30 euros al mes, lo que supone el mantenimiento de las mismas cuantías vigentes durante el año 2013, sin revalorización ninguna.

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Competencias en **Sanidad**

María Luísa Gómez.
Profesora de la UMA.

Desde que por medio de Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se operara la reforma del régimen de coberturas sanitarias en España para los ciudadanos extranjeros, y se introdujeron cambios afectando a aspectos como la cartera de servicios y el régimen de los medicamentos, entre otros -por invocación consabida de perentorios recortes económicos- el debate sobre la gestión sanitaria y la oportunidad o no de dichas reformas, así como las consecuencias y el impacto de las mismas ha ocupado un lugar central en el escenario político y social.

El derecho a la salud, configurado como un principio rector de la Política Social y Económica, proyectado a través de una profusión de disposiciones normativas que hacen referencia a aspectos diversos de la prestación asistencial sanitaria y la protección de la salud pública o la sanidad exterior, se incardina bajo el paraguas de una delimitación de títulos competenciales.

El artículo 149.1.16, atribuye la competencia exclusiva al Estado sobre las Bases y Coordinación General de la Sanidad, amén del genérico enunciado del artículo 139 de garantía de la igualdad en el ejercicio de derechos en todo el territorio nacional; o de otros títulos de atribución competencial que ha permitido el desarrollo ejecución y atención sanitaria en el ámbito autonómico en el marco de los correspondientes Estatutos de Autonomía de nuestro Estado Descentralizado. Hoy todas las Comunidades Autónomas han hecho uso de su atribución competencial aprobando sendas normativas en materia de protección a la salud y gestionando de manera autónoma la prestación del servicio de asistencia sanitaria a la población.

Haremos un breve repaso global de las principales cuestiones afectadas en dichas normas, que han venido a modificar y restringir en muchos casos catálogos de derechos, reduciendo los mismos a través de la capacidad económica para su prestación. También aproximaremos la revisión desde la expresión de nuestro Estado descentralizado autonómico y la afección que dichas reformas han permitido operar a escala regional, sin olvidar las que justamente tienen su origen en el ámbito autonómico, como es el caso del euro por receta de Cataluña.

EL PUNTO DE PARTIDA o la coordinación en el sistema Sanitario: La Sentencia 32/83 del Tribunal Constitucional en la conformación del sistema sanitario español.

Fue la Ley General de Sanidad 14/86, de 25 de abril, la que en desarrollo de las competencias sobre bases y coordinación general de la Sanidad, estableció en el artículo 41 que fueran las Comunidades Autónomas las que asumieran competencias en la materia. Y ello partiendo de las contempladas en el Estatuto de Autonomía, quedando como competencia exclusiva del Estado la que corresponde a la Sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, en virtud de lo dispuesto en el artículo 38 del mismo texto legal . A su vez, la propia Ley 14/86 vino a señalar cuáles son las competencias de desarrollo del Estado, y lo hace incorporando en las mismas las siguientes:

1. La determinación, con carácter general, de los métodos de análisis y medición y de los requisitos técnicos y condiciones mínimas en materia de control sanitario del medio ambiente.
2. La determinación de los requisitos sanitarios de las reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
3. El registro general sanitario de alimentos y de las industrias, establecimientos o instalaciones que los producen, elaboran o importan, que recogerá las autorizaciones y comunicaciones de las Comunidades Autónomas de acuerdo con sus competencias.
4. La autorización mediante reglamentaciones y listas positivas de aditivos, desnaturalizadores, material macromolecular para la fabricación de envases y embalajes, componentes alimentarios para regímenes especiales, detergentes y desinfectantes empleados en la industria alimentaria.
5. La reglamentación, autorización y registro u homologación, según proceda,

de los medicamentos de uso humano y veterinario, de los demás productos y artículos sanitarios y de aquellos que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas. Cuando se trate de medicamentos, productos o artículos destinados al comercio exterior o cuya utilización o consumo pudiera afectar a la seguridad pública, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

6. La reglamentación y autorización de las actividades de las personas físicas o jurídicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de los productos mencionados en el número anterior, así como la determinación de los requisitos mínimos a observar por las personas y los almacenes dedicados a su distribución mayorista y la autorización de los que ejerzan sus actividades en más de una Comunidad Autónoma. Cuando las actividades enunciadas en este apartado hagan referencia a los medicamentos, productos o artículos mencionados en el último párrafo del apartado anterior, la Administración del Estado ejercerá las competencias de inspección y control de calidad.

7. La determinación con carácter general de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.

8. La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y trasplante de órganos.

9. El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.

10. La homologación de programas de formación posgraduada, perfeccionamiento y especialización del personal sanitario, a efectos de regulación de las condiciones de obtención de títulos académicos.

11. La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales y trabajadores sanitarios.

12. Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias, en los procesos o situaciones que supongan un riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional.

13. El establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas, de interés general supracomunitario.

14. La coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público cuando razones de interés general así lo aconsejen.

15. La elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria.

16. El establecimiento de medios y de sistemas de relación que garanticen la información y comunicación recíprocas entre la Administración Sanitaria del Estado y la de las Comunidades Autónomas en las materias objeto de la presente Ley.

Pues bien, con arreglo a estas referencias normativas se operó un despliegue autonómico sin precedentes que vino a completar la asunción competencial en materia autonómica y que ha permitido el desarrollo y ejecución de política sanitarias, la incorporación de un catálogo de prestaciones y servicios sanitarios y la existencia de una cercanía en los mismos al ciudadano. En este despliegue autonómico han tenido lugar la puesta en marcha de servicios, que por tomar el caso de una Comunidad Autónomas con un temprano y ejemplar desarrollo en la materia, como es Andalucía, permitían en el sentido del artículo 18 de la Ley de Salud Pública el desarrollo de las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

1. La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de asistencia especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención socio-sanitaria.
2. Atención a los problemas de salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.
3. La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos y diagnósticos necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, con el alcance que se define en el artículo 4 de la presente Ley.
4. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.
5. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del sistema sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado y posgrado.
6. El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Precepto que debe ponerse en relación con la previsión que con acierto reflejara el artículo 4 de la misma norma al decir: “Las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el Sistema Nacional de Salud. La inclusión de nuevas prestaciones en el Sistema Sanitario

Juríd.co
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Público de Andalucía, que supere las establecidas en el apartado anterior, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación".

Artículo crucial en la interpretación de las disposiciones que, en aras de las limitaciones presupuestarias, han supuesto la reducción prestacional del Estado. Pues bien, en este contexto, el RD Ley 16/2012, de 20 de abril, introdujo importantes novedades en el régimen de prestación de medicamentos, reduciendo prestaciones de la cartera de servicios y configurando una calificación diferente respecto de la noción de asegurado y beneficiario del SNS, al eliminar la referencia inicial a titular de derechos y sustituir el catálogo de prestaciones del SNS por la cartera común de servicios.

No es el lugar de analizar en detalle el contenido de la norma en la proyección de sus aportes que han venido a operar una reforma de facto y de iure de la tradicional configuración del Sistema Sanitario Español. Norma que como es conocido motivó la interposición del Recurso de Inconstitucionalidad n.º 4585-2012, contra los artículos 1. uno y dos; 4. uno y cuatro y 10. cuatro y cinco, y abriendo la caja de pandora de la financiación pública de la sanidad, en relación al régimen de las coberturas sanitarias y planteando la necesidad de una reflexión más detallada sobre los aspectos competenciales que han amparado tanto la aprobación de la norma como la proyección de la misma en el ámbito de las Comunidades Autónomas y del ordenamiento jurídico vigente.

Así, el Defensor del pueblo, afirmaría : "Desde el enfoque de la universalidad, la prestación de asistencia sanitaria a dispensar por el SNS se configura como un derecho universal de todos los ciudadanos residentes en territorio nacional. No puede predicarse lo mismo respecto a la financiación enteramente pública de esta prestación. En consecuencia, tampoco cabe hablar de la plena gratuidad para sus beneficiarios, en la medida en que en este sistema, según información facilitada por el Ministerio de Sanidad, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria gratuita el 99,4% de la población, que ha accedido a este derecho bien por la afiliación a la Seguridad Social {titulares y beneficiarios}, o bien por el reconocimiento del derecho establecido en diversas normas (entre otras, ley de integración social de minusválidos, ley de presupuestos generales del Estado del año 1989 para personas sin recursos

económicos suficientes y Ley 26/1990, para perceptores de pensiones no contributivas).

Aún cuando se ha avanzado notablemente en la gratuidad de la asistencia sanitaria pública, cierto es que todavía no es plenamente efectiva, dado que un segmento de la población debe sufragar el coste de la asistencia sanitaria prestada en centros y servicios del Sistema. Pues bien, dicha apreciación del Defensor del Pueblo no se compadece del impacto que las reformas sanitarias han traído bajo el paraguas de recortes sanitarios.

El **IMPACTO DE LAS REFORMAS** a la luz de la Jurisprudencia Constitucional y Comunitaria, dos ejemplos: **El caso del euro por receta en la Comunidad de Madrid y el céntimo sanitario a examen en el Tribunal de Justicia de la Unión Europea.**

Desde la aprobación de la Constitución Española y hasta nuestros días son diversos los pronunciamientos jurisprudenciales que, en aras de la salvaguarda del reparto de títulos competenciales arriba descritos, se han ocupado de diversos aspectos de la sanidad. Recordemos en estas líneas algunos de los más relevante, que han afectado en los últimos años a la:

a) Dispensación de Medicamentos en las oficinas de farmacia.

Así, la Sentencia del Tribunal Constitucional 137/2013, de 6 de junio, es la que vino a resolver la cuestión de constitucionalidad presentada por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, con relación a los artículos 28, 1 y 3, 29, 30.4, 31.2 y 32 de la Ley Foral de Navarra 12/2000, de 16 de noviembre, de atención farmacéutica, por posible vulneración de los arts. 149.1, apartados 1, 16 y 17. Así, declaró la inconstitucionalidad de los arts. 29 y 30.4, en el inciso «y otorgará la posibilidad de que los titulares-propietarios puedan adherirse a las mismas mediante su formalización con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea», de la Ley Foral 12/2000 (LNA 2000, 317) , de 16 de noviembre, de atención farmacéutica.

También declaró que el art. 31.2.f) de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre (LNA 2000, 317), de atención farmacéutica, no es inconstitucional, siempre que se interprete en los términos establecidos en el fundamento jurídico.6.a) de esta Sentencia, desestimando la cuestión de inconstitucionalidad en todo lo demás.

Veamos a continuación algunos de los argumentos más destacados de la Sentencia, por su relevancia y actualidad en la configuración de la delimitación de títulos competenciales entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de prestación de atención farmacéutica.

Así, el Estado dispone de competencia exclusiva en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes constitucionales (art. 149.1.1 CE), en el establecimiento de las bases y coordinación general de la sanidad (art. 149.1.16 CE), y en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17 CE). Por su parte, según el art. 54 LORAFNA, a la Comunidad Foral de Navarra le corresponde el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas que configuran el régimen económico de la Seguridad Social, y la gestión de dicho régimen económico.

La Sentencia que declara la inconstitucionalidad de varios preceptos de la normativa autonómica sobre prestaciones farmacéuticas lo hace sin no antes incorporar el sentir de la reciente jurisprudencia constitucional y recordar que el Estado ha establecido un sistema de concertación general y universal para determinar las condiciones económicas en las que las oficinas de farmacia deberán dispensar los medicamentos financiados por el sistema público. Esa concertación, que ha de realizarse con los representantes de los farmacéuticos y que tiene carácter vinculante, persigue un doble objetivo: de un lado, evitar que los beneficiarios de la Seguridad Social tengan que adelantar en el acto de la dispensación del medicamento el importe total del mismo; y, de otro, paliar la gran carga que representaría para la Seguridad Social atender al reembolso individualizado de todo o parte del precio de cada receta que se encuentre financiada por el seguro público.

La Sentencia Constitucional viene a recordar además que completa el régimen estatal el art. 33 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (RCL 2003, 1412) , de cohesión y calidad del SNS, que atribuye al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el establecimiento de los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su comunidad autónoma de residencia. No obstante, hay que recordar que dicho artículo no se integró en el bloque de la constitucionalidad en el examen de la LORAFNA, al ser ésta un año anterior a la Ley de Cohesión y, en consecuencia, no habiendo podido conocerla.

Así, de conformidad con lo dispuesto en la Sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de mayo de 2004, STC 98/2004, la cuestión relativa a los precios de los medicamentos que se suministran a cargo (al menos parcialmente del Sistema Nacional como prestación sanitaria) se encuadran bajo el paraguas del artículo 149.1.16 de la Constitución y en

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

consecuencia son competencia exclusiva del Estado en el título de Bases y Coordinación General de la Sanidad.

Específicamente además, la Ley 25/1990, de 20 de diciembre (RCL 1990, 2643) , del medicamento, ha sido expresamente derogada por la Ley 29/2006, de 26 de julio (RCL 2006, 1483 y RCL 2008, 970) , de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, norma con la que debe contrastarse la norma autonómica que se cuestiona en la sentencia a tenor de lo dispuesto en la doctrina recogida en la STC167/1997, de 2 de octubre (RTC 1997, 167) , FJ 7.

Como recoge la Sentencia en el antecedente séptimo de la misma: "No cabe duda de que, para garantizar la igualdad en el acceso a la prestación farmacéutica del SNS, resulta imprescindible el contenido de dicho precepto, que disciplina el modelo de concertación estableciendo los principios básicos del mismo para garantizar un mínimo común denominador en todo el territorio nacional, que se concretan en los cuatro siguientes: (i) total gratuidad de los medicamentos dispensados directamente en los tratamientos que se realicen en el Sistema Nacional de Salud, (ii) obligación del beneficiario de pagar una parte de los medicamentos que se suministren a través de las oficinas de farmacia mediante recetas, (iii) obligación de las oficinas de farmacia de dispensar dichos medicamentos, y (iv) carácter vinculante de los conciertos, que fijan de modo obligatorio las condiciones económicas para la prestación farmacéutica".

Pues bien, así las cosas y a la luz de lo que antecede el modelo básico estatal, en garantía del acceso igualitario a la prestación farmacéutica, se funda en dos pilares: los criterios generales y comunes establecidos por el Estado, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, que vinculan a los distintos servicios de salud en la concertación con las oficinas de farmacia (art. 31.2 Ley 16/2003 [RCL 2003, 1412]); y el carácter vinculante del concierto que se celebre por cada servicio de Salud con las representaciones de las oficinas de farmacia, sin necesidad de adhesión o negociación individual [arts. 2 a) y 23 de la Ley 16/2003, 88.1 de la Ley 29/2006 (RCL 2006, 1483 y RCL 2008, 970) y 107 LGSS 1974 (RCL 1974, 1482).

En relación con el ámbito materia según dispone el Fundamento Jurídico 3 de la Sentencia: a tenor de la STC 109/2003, de 5 de junio (RTC 2003, 109), la configuración de las oficinas de farmacia como «establecimientos sanitarios» (art. 103.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986, 1316) , general de sanidad) lleva al encuadramiento competencial de las normas que regulen su régimen jurídico en la materia regida por el art. 149.1.16 CE. En el mismo sentido que habían apuntado ya las SSTC 32/1983, de 28 de abril (RTC 1983, 32), y 80/1984, de 20 de julio (RTC 1984, 80), «al señalar que ''la determinación con carácter general de los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la aprobación, homologación, autorización, revisión o evaluación de instalaciones, equipos, estructuras, organización y funcionamiento de centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios... debe entenderse como una competencia de fijación de bases, que es, por tanto, en virtud del mandato del art. 149.1.16 de la Constitución, de titularidad estatal en cuanto trata de establecer características comunes en los centros, servicios y actividades de dichos centros. En la citada Sentencia [STC 32/1983] se decía también que tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir, a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados (STC 80/1984, FJ 1)» (FJ 3).

En este contexto, y por la relevancia que puede tener recordar lo que el TC afirmara al respecto, en el Fundamento Jurídico, núm. Sexto de la Sentencia que reseñamos nos recuerda el alto Tribunal, que esa necesaria uniformidad mínima, que corresponde establecer al Estado, asegurando así un nivel mínimo homogéneo o nivel de suficiencia de las prestaciones sanitarias públicas, puede ser susceptible de mejora, en su caso, por parte de las Comunidades Autónomas, en virtud de su competencia sustantiva y de su autonomía financiera, siempre y cuando, con ello, no se contravengan las exigencias que impone el principio de

solidaridad (arts. 2 y 138 CE [RCL 1978, 2836]). Por tanto, el acceso a la prestación farmacéutica del SNS en condiciones de igualdad «presupone necesariamente una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español que establezca un sistema de precios de referencia a los efectos de determinar el alcance de su financiación pública; de tal modo, que quede garantizado a todos los ciudadanos, con independencia de la Comunidad Autónoma en que residan, el disfrute de medicamentos financiados públicamente al menos en un mismo porcentaje mínimo, susceptible, como ha quedado ya dicho, de ser incrementado en virtud de las disponibilidades financieras de cada Comunidad en cuestión". Afirmaciones que si bien incorporan la lógica del razonamiento jurídico, nos permiten reflexionar sobre las extrapolaciones que las subsiguientes reformas y recortes e materia sanitaria han permitido integrar al poner en entredicho justamente la financiación Pública que permita la garantía de prestación del servicio a todos los ciudadanos en condiciones de igualdad.

Con carácter complementario a lo anterior, la Sentencia del Tribunal Constitucional 136/2012, de 19 de junio, había ya afirmado: "«la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional."

No sin relación con lo anterior, la Resolución del 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacía, vino a establecer modificación de las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica, mediante la asignación de la aportación del usuario. La causa de esta reforma motivada en el también Real Decreto Ley 28/2012, de 30 de noviembre fue la reforma del apartado 1 del artículo 94, de la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso nacional de medicamentos y productos sanitarios. Norma también polémica que ha incidido en la configuración del sistema de prestaciones farmacéuticas desde la financiación de productos farmaceúticos.

Por último, dos aspectos merece la pena destacar, para el caso en que la prestación ha sido configurada íntegramente desde las competencias autonómicas. Así, el Auto 142/2013, de 4 de junio del Pleno del Tribunal Constitucional mantiene la suspensión de la vigencia del art. 2, apartado 9, de la Ley de la Asamblea de Madrid 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas, que modifica el texto refundido de la Ley de tasas y precios públicos de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto Legislativo 1/2002, de 24 de octubre y crea dentro del título IV, un nuevo capítulo CVII, en cuyos arts. 530 a 535 se regula la "tasa por prestación de servicios administrativos complementarios de información, con ocasión de la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, por los órganos competentes de la Comunidad de Madrid". Es decir, mantiene la suspensión del euro por receta que había sido impuesto en el ámbito de la Comunidad Autónoma Madrileña en el año 2012. Al igual que lo hubiera sido antes en la Comunidad Autónoma de Cataluña, cuya implantación fuera objeto del correspondiente pronunciamiento a través de auto de suspensión del Tribunal Constitucional.

La fundamentación jurídica del auto en cuestión incorpora en el segundo caso la ya establecida en el auto que suspendiera la aplicación del euro por receta en la Cataluña. Así, en Cataluña esta había venido a introducirse mediante el art. 41 de la Ley del Parlamento de Cataluña 5/2012, de 20 de marzo, de medidas fiscales, financieras y administrativas y de creación del impuesto sobre estancias en establecimientos turísticos, precepto que estableció la denominada "tasa sobre los actos preparatorios y los servicios accesorios de mejora de la información inherentes al proceso para la prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios mediante la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación". Dicha tasa fue también impugnada por el Gobierno de la Nación en el recurso de inconstitucionalidad núm. 7208-2012, y en el ATC 122/2013, de 21 de mayo, acordó mantener la suspensión de su vigencia.

Y más recientemente, España se prepara para recibir la Sentencia del TJUE que presumiblemente pudiera condenar a España por la introducción del denominado "céntimo sanitario" .

En suma, en época de restricción, recortes y medidas de ajustes económicos severas, que estrangulan el funcionamiento y el ejercicio de los derechos constitucionales, la reforma de la financiación sanitaria se ha perfilado como una pieza clave, afectando a la configuración misma de todo el sistema sanitario, olvidándose el legislador y el aplicador de la norma. Lo que predicara el propio Tribunal Constitucional en la Sentencia 32/83, al configurar el sistema sanitario como un paradigma en el que integrar una coordinación de subsistemas, e ignorar que el computo del mismo sólo funciona si los ciudadanos sostenedores, en último término, gozan de la asistencia sanitaria que precisan, y que deben tener garantizada en ejercicio de una configuración de prestaciones que no discriminen, ni vendan la misma, ni la conviertan en un lujo al alcance sólo de unos pocos bolsillos.

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

a fondo

La paralización de la **privatización sanitaria** en Madrid: un momento histórico

Pablo Caballero.
Área Negociación Colectiva FSS-CCOO

"Hemos decidido dejar sin efecto este proceso". Esta frase fue pronunciada por Ignacio González, presidente de la Comunidad de Madrid, el pasado 27 de enero, apenas pasadas las cinco y media de la tarde. Fue, sin duda, un momento histórico. Sí, no exagero. Tal vez de la historia que se escribe con letras minúsculas, pero es que esa es la historia que nos afecta a diario a las ciudadanas y ciudadanos de este país. ¡Eso!, y no que España gane un mundial de fútbol.

"Hemos decidido dejar sin efecto este proceso". Da gusto escribirlo de nuevo, da gusto leerlo, pero lo que más gusto da es verlo y escucharlo; ver una y otra vez cómo Ignacio González, acompañado del Consejero de Sanidad de Madrid, con gesto adusto y serio reconocía que había perdido ante la ciudadanía madrileña en particular, ante la del resto del país en general y ante la puertorriqueña, marroquí y europea de manera excepcional (recordemos que el grupo privado puertorriqueño HIMA San Pablo, fue uno de los adjudicatarios de la gestión de hospitales y que, según declaró su Presidente Ejecutivo, su intención era atraer "turismo sanitario" procedente de Marruecos y Europa); y reconocía que la marea blanca había conseguido impedir la puesta en macha del plan privatizador que 14 meses antes había anunciado.

Así, el 31 de octubre de 2012 el Gobierno hizo público el Proyecto de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid. En él, detallaban eufemísticamente todas las actuaciones que durante el año 2013 iban a adoptar en el sector sanitario :

- "Durante el ejercicio 2013 se dará un nuevo paso en la transformación de nuestro sistema hacia fórmulas eficientes de colaboración público-privada, […] se va a proceder a la convocatoria de contratos de gestión de servicio público, por concesión, para la prestación de la asistencia sanitaria especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria para la población atendida por los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Sureste, Tajo, Infanta Cristina y Henares […]."
- "Transformar el Hospital de la Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores".
- "Está previsto que el Hospital Carlos III pase a ser un hospital de media estancia orientado a la recuperación y rehabilitación de procesos que requieran una estancia media superior a la de los hospitales de agudos."
- "Integración del antiguo Instituto de Cardiología en el Hospital Clínico San Carlos."
- "Reunir en unidades de mayor calidad las distintas unidades que atienden procesos de alta complejidad en diferentes hospitales".
- "Concentración y racionalización de la actividad de los distintos laboratorios de nuestros hospitales."
- "Externalización de servicios no sanitarios de la mayoría de los hospitales de la red pública madrileña, [...] reemplazando a categorías profesionales declaradas a extinguir en áreas como cocinas, lavandería, almacenes y mantenimiento.
- "Racionalización de los recursos humanos del sistema […] a través de medidas que conduzcan a la adecuación de plantillas de los distintos hospitales."
- "Firma de contratos de gestión de servicio público, por concesión, en un 10 por ciento de los Centros de Salud para la prestación de la asistencia sanitaria primaria."
- "Introducción de una tasa por los actos administrativos relacionados con la emisión de cada receta médica. Dicha tasa tendrá un importe de un euro […]"

En fin, que lo que pretendía adornarse utilizando jerga "neocon" y amparándose en presuntos criterios de eficiencia fue interpretado correctamente por la inmensa mayoría de

los interesados: plantillas, ciudadanía, sindicatos, partidos políticos y otras organizaciones. Era palmario que estábamos ante un claro proceso de privatización con consecuencias negativas para el personal (despidos, movilidad forzosa, precarización laboral y económica, …) y la ciudadanía (económicas a través del euro por receta que se unían a los copagos aprobado con por el gobierno central en el RD 16/2012 y asistenciales -reducción de las plantillas, reducción de centros especializados, cambio de hospital para un número importante de ciudadanos, …-); y positivas para los directivos y accionistas de las empresas que consiguiesen los jugosos contratos que se avecinaban .

Marea Blanca

Pocos días después de anunciarse estas medidas, el 18 de noviembre, se desarrollaba por las calles de Madrid la primera de las 15 mareas blancas que se han producido a lo largo de este periodo. Desde entonces, marchas, manifestaciones, encierros, huelgas, concentraciones, performance, flashmob, recogida de firmas, consultas a la ciudadanía, abrazos al hospital, … han sido herramientas utilizadas para defender la sanidad pública por parte de la 'Mesa en Defensa de la Sanidad Pública', constituida para aglutinar a las muy diversas organizaciones que participaban en ese marea blanca, y de la que CCOO (tanto la Federación de Sanidad de Madrid, como la Unión Sindical de Madrid Región y las delegadas y delegados de los centros sanitarios) ha sido una parte activa y protagonista durante todo este tiempo.

Quizá esa es la parte más conocida, la más visible, la multitudinaria, la que ha convertido la lucha contra la privatización de la sanidad madrileña en un ejemplo a nivel estatal; pero hay otra parte, más desconocida, más discreta, que con el paso del tiempo se ha mostrado imprescindible y efectiva: la jurídica.

El primer plato judicial lo degustó la Comunidad de Madrid al poco tiempo de aprobar el Proyecto de Presupuestos. Estoy hablando de su decisión de cobrar 1 euro por receta, decisión que contó desde el principio con un importante rechazo social y que, al igual que ocurrió en Cataluña, cristalizó en una insumisión activa. Al grito de "Yo no pago, el euro por receta" la ciudadanía anticipó lo que haría a partir del día 1 de enero, fecha en que entró en vigor la medida. Así, a partir de ese día transformó su opinión en acción en las oficinas de farmacia negándose a pagar el citado euro.

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

El día 11 de enero, el Gobierno central anunció que presentaba un recurso de inconstitucionalidad por considerar que la medida invadía competencias que le eran propias. El 15 de Enero el TC admitió a trámite el recurso contra el euro por receta en Cataluña, haciendo lo propio contra la medida de Madrid el día 18. Como consecuencia, y tal como señala el artículo 161.2 de la Constitución Española, la impugnación produjo la suspensión de la medida; por lo que Ignacio González no tuvo más remedio que anunciar que suspendía su cobro.

En el segundo plato las cucharadas se las fueron dando las distintas organizaciones, presentando recurso tras recurso. Es este sentido es de destacar la labor que ha realizado la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO de Madrid (FSS-CCOO) que durante este tiempo ha presentado, entre otros:

• Recurso contra los pliegos de privatización de los nuevos hospitales.
• Recurso en TSJ por tutela de derechos fundamentales.
• Recurso Contencioso-Administrativo en el TSJM contra privatización.
• Recurso contra el plan de ordenación de RR.HH del SERMAS.
• Recurso contra los pliegos de privatización de la limpieza.
• Recurso contra las instrucciones de jornada de 37.5h.
• Recurso de casación contra el ERE de la Agencia Laín Entralgo.
• Conflicto colectivo contra el cierre, despidos y modificaciones de condiciones de trabajo en el Instituto de Cardiología.
• Recurso contra la privatización, despidos y modificaciones de condiciones de trabajo del personal no sanitario del Hospital Puerta de Hierro.
• Conflicto colectivo contra el cierre, despidos y modificaciones de trabajo en la Comunidad Terapéutica “Agencia antidroga”.
• Conflicto colectivo contra la privatización, despidos y modificaciones de trabajo del personal de los Centros de Salud Mental de Moncloa y Arganzuela.
• Recurso contra la jubilación forzosa del personal estatutario
• Recurso de alzada contra la resolución de la Dirección General de RR HH del SERMAS, por la que se dictan instrucciones para el proceso de reordenación del personal de los servicios de limpieza.

Así las cosas, el 3 de septiembre de 2013 el juzgado nº4 de lo Contencioso Administrativo declaró la suspensión cautelar del proceso privatizador . En el Auto se señalan muchas cuestiones de las que me permito escoger las siguientes, que a pesar de su extensión entiendo imprescindible reproducir por su valor didáctico en este asunto:

• “Al margen de posicionamientos ideológicos que, desde luego, no corresponde plasmar en un resolución judicial y sin permitir que aquéllos puedan incidir en el pronunciamiento final que aquí se adopte, habrá que admitir, objetivamente, que si todo proceso privatizador de servicios públicos –no de bienes o empresas públicas- lleva implícito una considerable dosis de irreversibilidad, ésta se incrementa notablemente en supuesto como éste, en los que, por la propia magnitud del servicio, se precisa introducir por los agentes privados, en sus legítimas aspiraciones empresariales, importantes modificaciones y cambios estructurales durante la vigencia de concesión (diez años, en este caso), que hacen muy difícil, cuando no imposible, la reversión al sistema público anterior”.
• “Es evidente que la puesta en marcha de este proceso provocará, a buen seguro, un importante fenómeno de dispersión del capital humano afectado por el mismo, cuya recomposición en el futuro resultaría inviable por razones obvias”.
• “Al margen de que esta cuestión resulta una incógnita en el momento actual (existen datos sobre países en los que la gestión privada de su sistema sanitario no ha supuesto un ahorro por, entre otros factores, la interposición de más operadores) y al margen, también, de que no se entienda bien cómo los responsables de la Administración, encargados de la gestión púbica de este servicio esencial, asuman sin más su incompetencia para gestionarlo con mayor eficiencia, lo cierto es que, en un supuesto tan particular como éste, asiste la duda a plantearse si el interés general se concreta en ese ahorro de costes que proclama la Administración o si, por el contrario, el interés general demanda el mantenimiento del sistema que ahora se pretende cambiar”.

Aún faltaba el postre del día 27 de Enero de 2014: El Tribunal Superior de Justicia de Madrid desestimaba el recurso presentando por la Comunidad de Madrid y las empresas adjudicatarias y mantenía la suspensión cautelar de la privatización. Tres horas más tarde, Ignacio González daba la rueda de prensa más vergonzante de su vida hasta el momento.

Desgraciadamente, esta decisión llegó tarde para las compañeras y

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

compañeros de otros centros, como por ejemplo para la Lavandería Central de Mejorada, cuyo personal fijo fue recolocado, mientras que el temporal tuvo que optar entre el despido o la explotación por parte de Flisa, la empresa adjudicataria del servicio, que forma parte del Grupo Empresarial de la Fundación ONCE. Y hablamos de explotación, porque esto ha supuesto para los trabajadores una reducción del 40% de sus salarios -mileuristas- y un incremento de la jornada laboral.

Pero volviendo al día 27, en la rueda de prensa González no estaba solo, le acompañaba el consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty. En su alocución el presidente dijo: “me ha presentado la dimisión y yo la he aceptado”. Era la guinda. Dicho esto, Lasquetty tomó la palabra para comunicar que había decidido “dejar el cargo de consejero de sanidad de la Comunidad de Madrid por un motivo evidente: yo fui quien propuso este proyecto, quien lo puso en marcha y las circunstancias lo han hecho imposible. En consecuencia asumo la responsabilidad de no haberlo conseguido y por eso abandono la consejería. Creo que es bueno asumir la responsabilidad de no haber logrado hacer aquello que uno se propuso hacer y mucho más cuando ese propósito ha motivado un grado tan alto de debate. Me marcho, por tanto, por rectitud y por sentido de la responsabilidad”.

¡Menos mal que la Comunidad de Madrid sabe recompensar a su personal!, máxime cuando ha demostrado manejar con mano maestra un área tan importante con la sanitaria. Así, días después tuvimos el placer de conocer por el BOCM que a el exconsejero se le concedía la Gran Cruz de

la Orden del Dos de Mayo . Sí, es cierto, se puede ser más cínico, pero es difícil.

Pero no nos vamos a hacer mala sangre. Tras constatar la realidad judicial por la que están pasando anteriores consejeros de sanidad del PP en Madrid (Güemes y Lamela están imputados por prevaricación, cohecho y malversación durante su gestión) es evidente que “a todo cerdo le llega su San Martín”.

Sin duda los peligros que acechan a la sanidad madrileña no han desaparecido, pero pienso que estamos en mejor disposición que hace año para afrontarlos. Para terminar querría hacer una pequeña lectura sindical en dos vertientes: de género y organizacional. En relación al género este conflicto ha permitido desmentir el repetitivo mantra que existía en nuestro sector, que afirmaba que la sanidad era un sector que se movilizaba poco por su alto nivel de feminización.

A nivel organizacional, aunque nuestra organización empezó titubeante en un primer momento creo que ha sabido ocupar un lugar importante en este conflicto, renunciando a falsos protagonismos y sabiendo ceder en lo superficial para sumar en lo sustancial. Afiliadas y afiliados, delegadas y delegados, estructura de rama y territorio han hecho bueno el aserto de Marcelino: Ni nos domaron, ni nos doblaron ni nos van a domesticar.

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

XXIV Convenio
Oficinas de Farmacia

Luis Álvarez.
Área Negociación Colectiva FSS-CCOO

Cuando estés leyendo este artículo sobre el XXIV Convenio de Oficinas de Farmacia probablemente se haya producido ya un desenlace del mismo al haberse pronunciado el árbitro y conozcas el resultado final. A pesar de ello entiendo que es necesario realizar un análisis del porqué nos encontramos en esta situación, cuáles han sido las causas y los acontecimientos que lo han provocado y también las intenciones de cada una de las partes que hemos participado en este proceso.

El Convenio de Oficinas de Farmacia, tradicionalmente, ha tenido un proceso negociador largo y conflictivo una prueba más de ello fue el anterior Convenio firmado en Enero de 2011 y con una vigencia de 2007-2010. En ese Convenio introdujimos una novedad que además de ser un importante avance en nuestros objetivos entendíamos que iba a provocar un cambio en el desarrollo de las futuras negociaciones, me refiero al artículo 4.2 del XXIII Convenio:

4.2 Denunciado el Convenio, en tanto no se llegue a un acuerdo expreso sobre el nuevo, se entenderá que su contenido normativo se prorroga automáticamente, incrementándose anualmente, en el mes de enero, los conceptos retributivos incluidos en las tablas salariales, en la misma cuantía que el Índice de Precios al Consumo (IPC) real del año anterior, a tenor de lo previsto en el artículo 86.3 del Estatuto de los Trabajadores".

Tal cambio no se produjo, las negociaciones han sido de todo menos fluidas y por lo tanto operó el artículo 4.2 del Convenio, si bien tuvimos que recurrir a la Audiencia Nacional, y las retribuciones debían incrementarse en el mismo porcentaje que el índice de precios al consumo del año anterior. Finalmente resaltar que el XXIII Convenio fue suscrito por FSS-CCOO, UTF y FETRAFA, no así por FSP-UGT.

Iniciamos las negociaciones acordando un universo de 21.427 Oficinas de Farmacia y algo más de 68.000 trabajadores. En cuanto a la representatividad de las organizaciones sindicales acordamos que UGT representaba el 32,75%; UTF al 29,31; CCOO al 22,41 y FETRAFA al 15,53%. Mientras que las organizaciones empresariales se repartían FEFE el 80% y FENOFAR el 20% restante. Se rechazó la participación del Sindicato de Farmacias Canario (SIFACA) por no acreditar la suficiente representación.

En el proceso negociador han ocurrido una serie de hechos que han afectado de manera importante a la negociación y me refiero a:

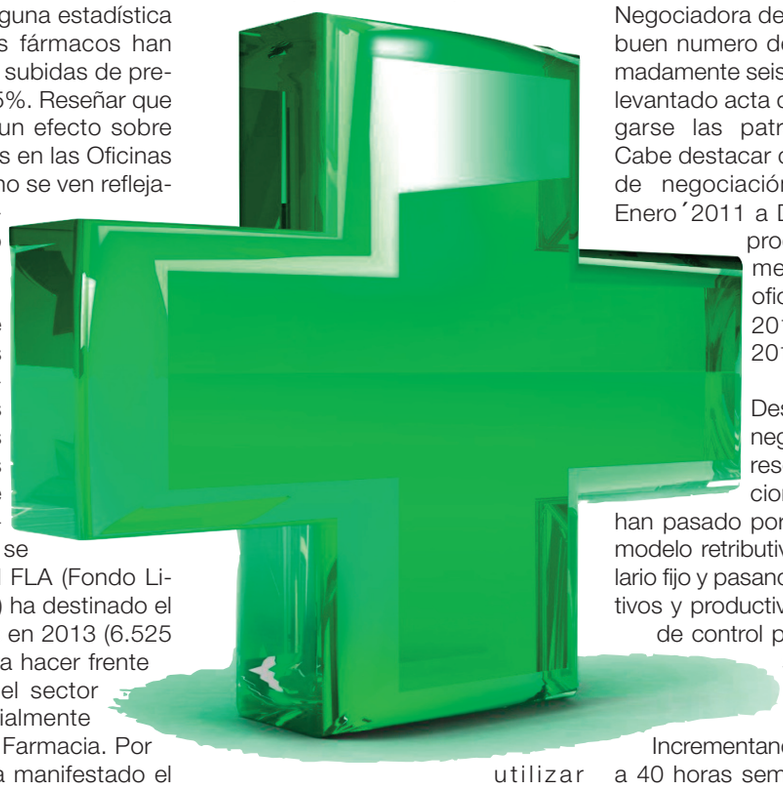
• Durante 2010 y 2011 se publicaron una serie de RDL, el 4/2010; 8/2010 y 9/2011, que afectaron al sector de las Oficinas de Farmacia como afectaron a otros sectores dependientes de las Administraciones Públicas. La aplicación de estos RDL´s produjo una reducción de los márgenes de beneficios de las Oficinas de Farmacia, pero fue eso una reducción de los márgenes de beneficios, no una perdida.

• Posteriormente el RDL 16/2012 incrementó las aportaciones de los beneficiarios a los productos farmacéuticos. Situación que inicialmente produjo un ahorro a las Administraciones Públicas y un menor consumo de productos farmacéuticos por parte de los usuarios, pero tal y como manifestamos en su momento desde diversas organizaciones sindicales, políticas, sociales y profesionales el ahorro inicial se invertiría y se produciría un incremento del gasto farmacéutico. Prueba de ello son los últimos datos del Ministerio de Sanidad con respecto al gasto farmacéutico en el SNS durante los

meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2013 donde se ha incrementado el gasto en 9,7%; 5% y 4,8% . A este incremento debe añadirse que el Gobierno ha excluido de la financiación pública más de 450 fármacos considerados entre los de mayor uso, que siguen siendo dispensados en las Oficinas de Farmacia y cuyos ingresos no están computados en ninguna estadística oficial. 50 de estos fármacos han sufrido importantes subidas de precio que rondan el 45%. Reseñar que esta medida tiene un efecto sobre los ingresos directos en las Oficinas de Farmacia y que no se ven reflejados en las estadísticas del Ministerio de Sanidad.

• Un problema que ha acuciado a las Oficinas de Farmacia en los últimos años han sido las dilaciones en los pagos por parte de las Administraciones, situación que se está corrigiendo. El FLA (Fondo Liquidez Autonómica) ha destinado el 60% de sus fondos en 2013 (6.525 MM € en 2013) para hacer frente a las deudas con el sector sanitario y especialmente con las Oficinas de Farmacia. Por otro lado, según ha manifestado el Ministro de Hacienda, el Gobierno tiene previsto dotar con otros 23.000 MM € el FLA en 2014 Situación que eliminará las deudas que las Administraciones Públicas mantienen con las Oficinas de Farmacia.

• La firma, el 28 de Octubre de 2011, del compromiso de actuación sobre la negociación colectiva pendiente, por parte de las Organizaciones Empresariales (CEOE y CEPyME) y las Organizaciones Sindicales (CCOO y UGT), no tuvo efecto alguno en el proceso de negociación del XXIV Convenio a pesar de la oferta sindical. A pesar de que, respetando la autonomía de las partes, las partes se comprometían a utilizar los medios más adecuados para una rápida resolución de los procesos abiertos.



• Las Reformas Laborales llevadas a cabo por los diferentes gobiernos del cuyos efectos son de sobre conocidos por todos y no vamos a explicitar. Simplemente una referencia a la ultractividad del los Convenios Colectivos que ha marcado el desarrollo de la negociación y que más adelante trataremos como ha afectado al XXIII Convenio.

Estos acontecimientos han determinado una negociación que se inició en Enero 2011 realizándose un total de 15 actas de reunión de la Mesa Negociadora de manera formal y un buen numero de reuniones, aproximadamente seis de las que no se ha levantado acta de la reunión por negarse las patronales del sector. Cabe destacar que en este proceso de negociación que abarca de Enero´2011 a Diciembre´2013, se produjo un parón de 16 meses sin reuniones oficiales desde junio de 2011 a diciembre de 2012.

Desde el inicio de las negociaciones los intereses de las organizaciones empresariales han pasado por la modificación del modelo retributivo reduciendo el salario fijo y pasando una parte a incentivos y productividad sin ningún tipo de control por la representación sindical con la única y exclusiva valoración del empresario. Incrementando la jornada laboral a 40 horas semanales, congelando los salarios y además eliminado el plus de adjuntía y la paga extraordinaria de beneficios.

Mientras que se sucedían las reuniones sin avances importantes pasaba el tiempo y las Reformas Laborales llevadas a cabo por gene-

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

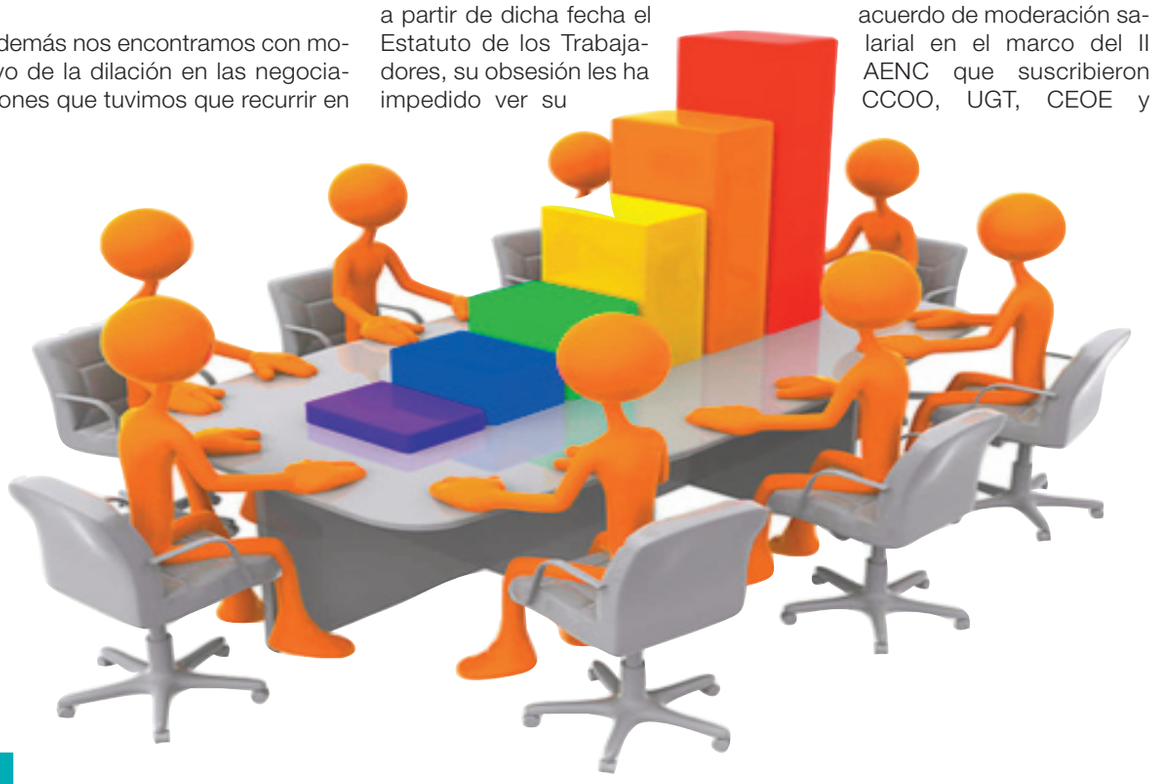
raban en el banco empresarial una mayor euforia y cada vez se sentían con más fuerza en sus propuestas de recortes. Las amenazas se sucedían con presumibles inaplicaciones salariales y de condiciones laborales en las Oficinas de Farmacia a través de comisiones "ad hoc" en la propia Farmacia, así como la amenaza de anular el convenio sectorial estatal con convenios de empresa, Farmacia a Farmacia, y finalmente dilatando las negociaciones hasta su final con el tema de la ultractividad del convenio.
Por otro lado nos encontrábamos con que las únicas reuniones productivas en el sector eran las referidas a la Comisión Sectorial de Formación de la Fundación Tripartita donde las organizaciones empresariales no tenían ningún inconveniente en llegar a acuerdos sino todo lo contrario.

Además nos encontramos con motivo de la dilación en las negociaciones que tuvimos que recurrir en dos ocasiones a la Audiencia Nacional para que se aplicase el artículo 4.2 del XXIII Convenio y que supuso que la Audiencia Nacional nos diese la razón en cuanto a los incrementos salariales de 2011 y 2012, es decir del 3% y del 2,4% para cada uno de estos años. Cuestión que según han manifestado, las organizaciones empresariales, reiteradamente en la Mesa de Negociación más del 80% de las Oficinas de Farmacia han aplicado a los trabajadores.

En diversas ocasiones propusimos desde el banco sindical ampliar la ultractividad del Convenio hasta lograr un Acuerdo a lo que se negaron tanto FEFE como FENOFAR. Podemos afirmar que estaban obsesionados con la finalización, en su opinión, de la vigencia del convenio el 7 de julio y pretendían y en algunos casos ha sucedido aplicar a partir de dicha fecha el Estatuto de los Trabajadores, su obsesión les ha impedido ver su error. El Convenio está vigente hasta que sea sustituido por otro lo decimos en el artículo 4 y no es contrario a lo regulado en la Reforma Laboral.

A lo largo del proceso negociador hemos realizado innumerables propuestas entre ellas cerrar el convenio con una vigencia 2011-2013, mantener integro el texto del convenio sin ningún tipo de modificación y que las Oficinas de Farmacia que hubiesen abonado en 2011 el 3% durante 2012 y 2013 no incrementarían los salarios de los trabajadores y las que no hubiesen procedido a ese abono deberían incrementar para cada uno de los tres años de vigencia del Convenio un abono del 1%.

Las organizaciones sindicales, hemos demostrado buena fe negociadora y voluntad por llegar a un acuerdo de moderación salarial en el marco del II AENC que suscribieron CCOO, UGT, CEOE y



CEPYME. También hemos sido conscientes de que la reforma laboral impuesta ha venido a desequilibrar, intencionadamente, las relaciones entre empresas y trabajadores. Las organizaciones empresariales se han sentido muy cómodas, se han atrincherado en el no rotundo a cualquier propuesta sindical.

En abril de 2013, se celebró en el SIMA un acto de mediación a propuesta sindical el cual finalizó sin acuerdo, nuevamente surgió la intransigencia empresarial, no aceptaron ni una sola de las propuestas de los mediadores, que si fueron aceptadas por las organizaciones sindicales. Su cerrazón concluyó con la ruptura de forma unilateral y con carácter indefinido de las negociaciones del XXIV Convenio.

A pesar de todo, hemos seguido manifestando nuestro interés por continuar el proceso de negociación y nos dirigimos al presidente de FEFE el cual se comprometió a retomar las negociaciones y convocarnos a una reunión, cuestión que no llegó a producirse.

También recurrimos a la Comisión de Seguimiento del II AENC presentado una propuesta de mediación y donde CEOE se comprometió a plantear a FEFE y FENOFAR la necesidad de retomar las negociaciones, cuestión que tampoco se produjo.

Frente a estas actuaciones nos encontramos con que FEFE y FENOFAR remiten a sus asociados una serie de circulares y criterios con respecto a la situación del Convenio, con planteamientos fuera de la realidad y con una clara voluntad de impedir el desarrollo y futuro del Convenio, así como las actuaciones que podían realizar las oficinas de Farmacia partir del 7 de julio.

Con fecha 4 de julio, nos dirigimos, las organizaciones sindicales, a la Fundación Tripartita en el sentido de que diesen las instrucciones pertinentes para el bloqueo urgente de los fondos públicos destinados a la formación. Esta actuación se apoyaba en un informe jurídico de la propia Fundación Tripartita en el que se argumentaba que la desaparición de un Convenio Estatal, por la ultractividad, que regulase el funcionamiento de la Comisión Paritaria de Formación, ésta perdía su vigencia como el propio Convenio. Aunque éramos conscientes de que el Convenio no estaba afectado por la pérdida de ultractividad recurrimos a esta situación por ser el único interés de las organizaciones empresariales.

El 9 de julio, las organizaciones sindicales presentamos ante el SIMA una solicitud de mediación con el fin de determinar si el XXIII Convenio Colectivo mantenía su vigencia más allá del 7 de julio o bien si por los efectos de la reforma Laboral el mismo había perdido su vigencia. La mediación se realizó el 24 de julio y en la misma se alcanzó

Jurídico
cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

un acuerdo con seis puntos, entre ellos reanudar las negociaciones, garantizar de vigencia al Convenio hasta el 31 de diciembre y si a esa fecha no se hubiese alcanzado un acuerdo con respecto al Convenio someternos a un arbitraje.

Las negociaciones se retomaron el 11 de septiembre y hasta el 23 de diciembre se celebraron 7 reuniones en las que no fue posible alcanzar acuerdo alguno sobre el texto del Convenio. En estas reuniones y siempre a propuesta sindical las partes nos comprometimos, inicialmente a presentar la relación de artículos que pretendíamos modificar, ante el fracaso de este intento propusimos que cada una de las partes nos intercambiásemos un texto completo del contenido del convenio, tampoco fuimos capaces de acercar posiciones y en un último intento intercambiarnos propuestas básicas para avanzar en la negociación, tampoco fue posible el acercamiento, como tampoco lo fueron en las propuestas verbales que no están recogidas en las actas y que se celebraron durante las dos últimas reuniones.

Como consecuencia de todo lo anterior y constatada la imposibilidad material de llegar a un acuerdo sobre el texto y contenido del XXIV Convenio Colectivo del Sector, las partes han definido acogerse a la previsión contenida en el punto 5 del Acuerdo de mediación de 24 de julio de 2013, en el sentido de someter a arbitraje dicho texto y contenido.

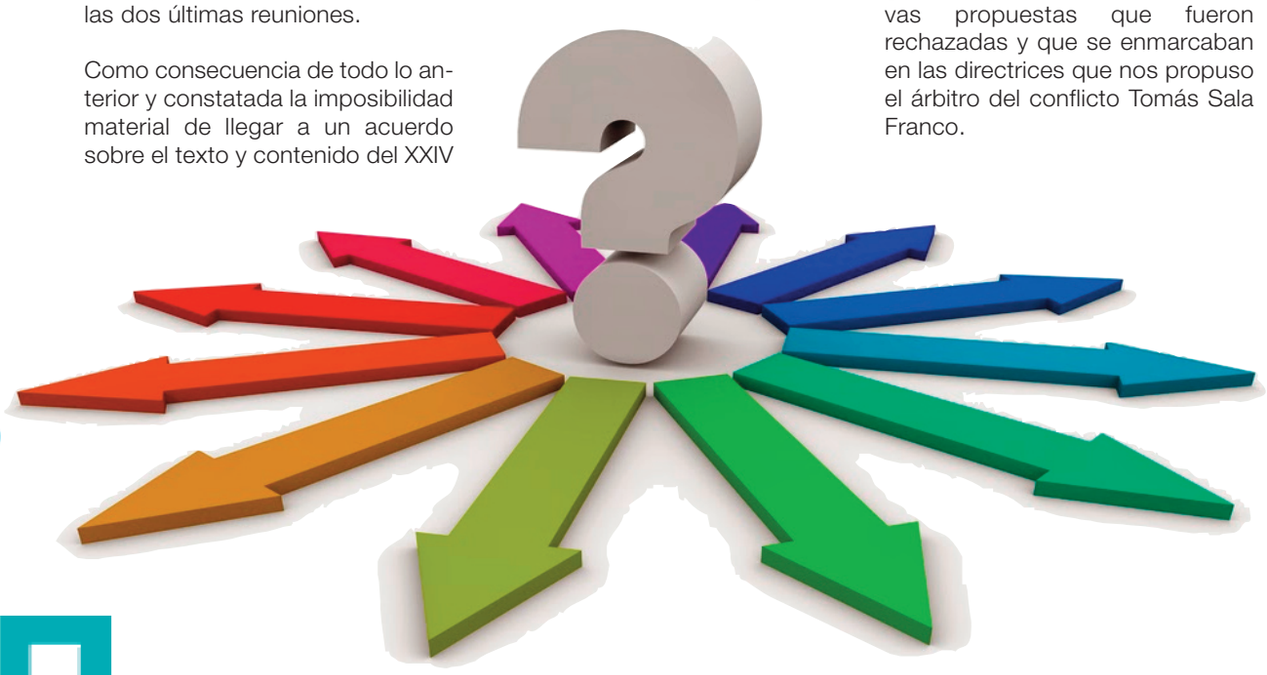
Reseñar dos cuestiones de interés en esta última fase del proceso del XXIV Convenio:

• FEFE y FENOFAR remiten una circular a sus asociados con respecto a la elaboración de nóminas en las Oficinas de Farmacia durante el mes de enero de 2014 que demuestra con claridad el interés y las intenciones que ha mostrado durante las negociaciones. La circular plantea aplicar a todos los trabajadores el SMI y la diferencia de retribuciones como cantidad a cuenta del XXIV Convenio.

• Por otro lado, recibimos con fecha 23 de enero un correo electrónico desde UGT en que nos envían una nueva propuesta de la parte empresarial para continuar la negociación colectiva. Entendemos que la fase de la negociación se ha acabado que nos encontramos en la fase arbitral y en ella facilitar al árbitro nuestras propuestas con la mayor claridad posible. Finalmente, la propuesta no era de la Patronal sino de UGT y producto de la deslealtad mostrada a lo largo de la negociación del Convenio.

• Hasta el momento hemos mantenido dos reuniones con el árbitro: una en la que hemos participado conjuntamente organizaciones empresariales y sindicales y otra en la que participamos todos pero por separado.

• Tras la segunda reunión celebrada el 6 de febrero, fuimos convocados al día siguiente por las organizaciones empresariales para retomar las negociaciones. Fuimos con ilusión pensábamos que tras la intervención del árbitro podríamos llegar a un acuerdo pero nada más lejos de la realidad, solo había una intención que la mayoría del banco sindical (CCOO, UTF y FETRAFA) asumiéramos el acuerdo tramposo de UGT. Frente a esta sinrazón llegamos a plantear hasta tres nuevas propuestas que fueron rechazadas y que se enmarcaban en las directrices que nos propuso el árbitro del conflicto Tomás Sala Franco.



Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

el lector pregunta

Sección coordinada por José Gutiérrez Campoy

Trabajo es Urgencias de un hospital del SESCAM como auxiliar administrativo, adscrito a turno rotatorio. Mi pregunta es sobre la ponderación de la jornada laboral que se le aplica a este turno. Desconozco su regulación y su aplicación.

La ponderación de la jornada laboral aparece en el Acuerdo suscrito por las organizaciones sindicales más representativas (CCOO y UGT) y el INSALUD, de fecha 22 de febrero de 1992. En este acuerdo se fijaba la jornada laboral anual del turno diurno en 1645 horas, la del turno nocturno en 1470 horas y la del turno rotatorio en 1530 horas. Asimismo, se recoge que en función de la organización de los turnos rotatorios y la inclusión de turnos nocturnos en los mismos, se ponderará la jornada establecida para dicho turno.

Como consecuencia de este Acuerdo, el INSALUD emitió una Resolución de 23 de diciembre de 1996, en la que se fijaba que la jornada del turno rotatorio de 1530 horas corresponde a aquellos trabajadores que cubren 42 noches al año.

La fijación de la jornada laboral del personal estatutario ha venido siendo competencia de los diferentes servicios de salud, en virtud de normas, acuerdos o pactos (artículo 47 del Estatuto Marco), si bien, desde la entrada en vigor del artículo 4 del Real Decreto Ley 20/2012 (que establece la jornada en 37, 5 horas semanales) y de punto Tres de la Disposición Adicional Septuagésima Primera, de la Ley 2/2012, de 29 de junio, esta facultad tiene carácter básico por lo que su fijación es competencia del Estado.

No obstante lo anterior, los aspectos de la aplicación de esta jornada si puede ser fruto de acuerdos o pactos a los que se lleguen en las comunidades autónomas.

A este respecto te informamos que la aplicación de la ponderación de la jornada de trabajo es materia de negociación que se tiene que producir en los distintos servicios de salud autonómicos. Distintas sentencias emitidas por juzgados y tribunales vienen considerando que, a falta de acuerdos autonómicos en esta materia, es de aplicación el acuerdo referenciado anteriormente de 22 de febrero de 1992.

En el SESCAM, la ponderación de la jornada está reconocida en la Resolución de 1 de febrero de 2013, del Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se dictan instrucciones para la aplicación de la jornada laboral en los centros de trabajo dependientes del SESCAM para el año 2013.

Los interesados pueden enviar sus consultas jurídicas a la siguiente dirección: 'el-lectorpregunta@sanidad.ccoo.es'. La redacción se reserva el derecho de publicar las consultas que considere de mayor interés general y de modificar parte del contenido de las mismas.

La Dirección

Jurídico cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Acoso laboral en el Servicio Andaluz de Salud

Rosa Martín.
Salud Laboral FSS-CCOO Andalucía.

La Estrategia Andaluza de Seguridad y Salud hasta el 2014, que se apoya en la Estrategia Española y en la Comunitaria, tienen entre sus objetivos la mejora del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales por medio de un conjunto de líneas de actuación, entre ellas, buenas prácticas en prevención en las Administraciones Públicas. En aplicación específica de esta línea, se incluyó "la elaboración de una propuesta de protocolo de detección e intervención ante situaciones de desarrollo potencial de supuestos de acoso laboral, en la Administración de la Junta de Andalucía".

En la actualidad, se está negociando en Mesa Técnica de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración General, una propuesta de protocolo sobre prevención y actuación frente al acoso laboral con los agentes sociales, a fin de asegurar que todas las personas empleadas públicas disfruten de un entorno de trabajo en el que la dignidad de la persona sea respetada y su salud no se vea afectada.

Hasta la aprobación de este protocolo sobre prevención y actuación frente al acoso laboral, recurrimos a sentencias para identificar conductas y líneas de acciones que atenten contra el principio de igualdad de trato y erradicarlas. Se debe empezar definiendo el acoso moral o laboral o, si hablamos en inglés mobbing, podemos decir que es el hostigamiento conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hacia su trabajo y que esta violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles de sus compañeros, de sus subalternos o de sus superiores hacía la víctima es para que abandone el trabajo porque es considerada como una amenaza o molestia para los intereses personales del hostigador.

Es de señalar que esta figura no se contempla en nuestro ordenamiento jurídico de forma singularizada y específica, sino que es la jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo en el año 2001, la que puede ser considerada como el primer pronunciamiento respecto al acoso moral en España y en los términos descrito anteriormente.

La sentencia más reciente dentro del ámbito del Servicio Andaluz de Salud la encontramos el 3 de febrero de 2011 en el juzgado contencioso administrativo nº 1 de Granada, referente a la pretensión de reconocimiento de acoso laboral de la responsable de la gestión de las listas de espera del hospital Virgen de las Nieves que, a raíz de la entrada en vigor del Decreto 109/2001 de la Junta de Andalucía por el que se establece la garantía de respuesta quirúrgica para determinados procesos, denuncia ante la dirección del centro manipulaciones en su uso.

A partir de ese momento, se van a producir una serie de actos como amenazas que derivan en su traslado a otro centro hospitalario conllevando repercusiones económicas como de reconocimiento profesional; se crean plazas específicas con remuneraciones superiores en todas las unidades de Atención al Ciudadano menos en la que ella está ubicada, sin que exista motivo que justifique el trato desigual; se le efectúan una serie de retirada de competencias siendo ordenados los trabajos a otros servicios sin su consentimiento ni conocimiento; se degrada su categoría profesional poniendo sus servicios bajo la dependencia de otro ajeno al organigrama del hospital, de inferior categoría; se valora a la baja el resultado de su trabajo pasando de una puntuación de 7,10 a 1,40 cuando interpone la reclamación contra el traslado de centro de trabajo.

Estas actuaciones declaradas en la sentencia son el resultado de conductas abusivas, ya sea en actos, gestos, palabras o escritos, que se identifican con el acoso laboral porque rompen la continuidad de las relaciones laborales al tratarle de manera diferente o discriminatoria, usar medidas exclusivas contra ella, retener información crucial para su trabajo, impedir cualquier toma de decisiones o iniciativa personal, ignorarla, excluirla, modificarle las atribuciones o responsabilidades de su puesto de trabajo. Todas estas actitudes están dentro de un elenco de ejemplos de conductas abusivas más amplio como gritar, avasallar, insultar a la víctima cuando está sola, asignarle proyectos con plazos que se saben inalcanzables o imposibles de cumplir, sobrecargar a la víctima con mucho trabajo, amenazarla, difamarla, criticar continuamente su trabajo, ridiculizar y hasta animar a otros compañeros que participen en estas acciones.
Esta situación acumulada en el tiempo le produce una situación de estrés labo-

de interés

sentencias

ral, que le afecta en las relaciones interpersonales en el desempeño de su trabajo y en el ámbito doméstico, derivándole a periodos de incapacidad laboral y a la necesidad de asistencia facultativa especializada.

La victima de acoso va perdiendo gradualmente la fe y la confianza en sí misma, a consecuencia de lo cual, se ven afectados diferentes aspectos de su vida, entra en un tipo de estrés creciente que va minándola físicamente y que termina haciéndose crónico e inespecífico, dando lugar a multitud de afecciones o enfermedades somáticas crónicas, que suelen conducir incluso a la incapacitación permanente en el trabajador.

Por ello, no se debe mantener esta situación dilatada en el tiempo, (se habla de un periodo mínimo de 6 meses), sino de actuar preventivamente en una fase temprana para evitar un entorno de trabajo destructivo y evitar la exclusión social, porque la persona cae en un deterioro que va minando su autoestima a causa del aislamiento respecto de los propios compañeros. Hay que detener esta actitud cuanto antes, se deben hacer públicas las conductas de acoso que se reciben en la intimidad y en secreto, y comunicarla a los compañeros, jefes, directivos, asesores, familiares y amigos; tomar nota de todas las conductas acosadoras que sufra, registrando las situaciones concretas, cómo ocurrieron, si hubo testigos, fecha, hora, frecuencia, intensidad, duración en el tiempo, etc; evitar reaccionar con ataques, ser asertivo, responder a las calumnias y criticas destructivas; evitar la autoinculpación, no intentar convencer, ni cambiar al acosador; solicitar ayuda médica, psicológica y legal, apoyo social y familiar, y romper la indefensión y la paralización mediante una estrategia de afrontamiento activo.

Existen determinadas organizaciones o determinadas formas de organización del trabajo que parecen ser el “caldo de cultivo” de este fenómeno. En general, son organizaciones fuertemente burocratizadas con mayor grado de rigidez y desorganización, como la Administración pública.

En el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es urgente abordar una serie de recomendaciones de prevención e intervención como: divulgar que se entiende por acoso, sus formas, efectos y manera de prevenirlo y erradicarlo en la Institución; designar a una persona responsable de canalizar las denuncias de quienes se sientan víctimas de acoso laboral; formación periódica de sensibilización hacia los trabajadores respecto a las conductas que generan mobbing para su prevención, en 3 grupos: funcionarios, cargos intermedios y directivos y técnicos asesores; un programa o protocolo de 1º contacto, investigación, denuncia y sanción; conseguir y mantener un entorno laboral democrático, adecuado liderazgo, informar sobre los objetivos, reducir el volumen de trabajos monótonos y repetitivos, sin estrés, y sin grandes cargas de trabajo.

Cuando el proceso de negociación del protocolo de actuación frente al acoso dentro de la Administración General se cierre, estamos más cerca dentro del SAS de visualizar esta realidad adaptándola y completándola con los resultados de una evaluación de riesgos psicosocial todavía pendiente.

Es importante porque el acoso psicológico es una realidad emergente en el mundo occidental, que provoca entre el 50-60% de absentismo, con un coste anual en toda la UE (incluyendo el gasto sanitario) de 20.000 millones de euros y en España anualmente se pierden más de 1.850.000 días de trabajo y 52 millones de euros en bajas, todo un exceso en una sociedad tan dolorida como la actual. Por ello, es imprescindible que las instituciones tomen partido en no aceptar, en los centros de trabajo, la coacción y la amenaza como modo de vida y la desconsideración y la falta de respeto hacia lo diferente como algo justificable.

Jurídico cuadernos sanitarios

Nº16 Jueves 13 de febrero de 2014

Los servicios jurídicos de CCOO luchan en los juzgados contra la **privatización**

Susana Castanera.
Asesoría Jurídica FSS-CCOO Navarra.

El Juzgado de lo Social número 4 de Pamplona ha dictado sentencia en el primer juicio celebrado contra el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) por la finalización de los contratos del personal de cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), como consecuencia de la privatización de este servicio. Se trata de una sentencia en la que este Juzgado declara como despido improcedente la extinción del contrato de una trabajadora que ha sido defendida en este proceso por la Asesoría Jurídica del Sindicato Comisiones Obreras (CCOO), sentencia que obliga al SNS-O a readmitir a la demandante en su mismo puesto de trabajo con abono de los salarios dejados de percibir desde el día siguiente a la fecha de efectos del despido o bien a ser indemnizada.

El pasado 10 de diciembre de 2013, el Juzgado de lo Social nº Cuatro de los de Pamplona, dictó una sentencia por la que, estimando la demanda presentada por una trabajadora del Servicio Navarro de Salud, reconocía la existencia de un despido improcedente, pese a que formalmente la demandante siempre había suscrito varios contratos administrativos.

Los hechos declarados probados de la sentencia reflejaban la siguiente situación:

* La suscripción por la demandante de 38 contratos administrativos desde diciembre de 2006 hasta el mes de enero de 2013, todos ellos para el servicio de cocinas.
* La existencia de un proceso de externalización de las cocinas del centro hospitalario que habían motivado el cese de la trabajadora.
* Un porcentaje de contratos administrativos en el servicio, ue casi triplicaba el existente en el resto de organismos públicos del Gobierno de Navarra.
* Que en los últimos 25 años, sólo había existido una convocatoria para cubrir las plazas destinadas a la cocina, pese a la existencia reiterada de plazas vacantes.
* Y que desde el Sindicato se había denunciado varias veces esta situación.

Entrando en el análisis jurídico de la sentencia, la Magistrada de Instancia en primer lugar analiza si los contratos administrativos suscritos entre las partes son ajustados a derecho. Parte para ello de la masiva utilización que se ha hecho de los mismos, tanto en el caso de la trabajadora como en el conjunto del área de cocinas y si el incumplimiento de la normativa produce el efecto de convertir en laboral la relación administrativa.

Considera que las irregularidades cometidas en este caso son especialmente cualificadas y aplicando la doctrina jurisprudencial califica los

de interés

sentencias

hechos, como un incumplimiento fraudulento y abusivo especialmente cualificado, lo cual conlleva la declaración de la naturaleza laboral indefinida no fija de la relación existente entre ambas partes.

Reconociéndose la existencia de una relación laboral y debido a que incluso no puede hablarse de una amortización real de la plaza que ocupaba la trabajadora, pues lo que ha ocurrido es que la Administración ha privatizado la gestión de un servicio que es necesario para la atención de los enfermos hospitalizados, concluye la sentencia que la comunicación de extinción de último contrato administrativo de la reclamante, es constitutiva de un despido improcedente.

Lo interesante de esta sentencia es que pone un coto al uso y abuso de los contratos administrativos utilizados por el Servicio Navarro de Salud. Servicio que por un lado no quiere cubrir las vacantes que se van generando, para de esta manera poder privatizar más cómodamente aquellas áreas que estima oportuno, y que por otro lado no quiere sujetarse a las limitaciones temporales de los contratos de trabajo ni abonar las consecuencias económicas derivadas de su extinción, ya que el contrato administrativo no conlleva ninguna indemnización a su finalización.

Ahora, lo que falta esperar es que la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Navarra desestime el recurso que ha anunciado el Gobierno de Navarra y confirme la sentencia del Juzgado. La importancia de este pronunciamiento jurídico radica en que el sindicato ha detectado otros servicios donde se está dando igualmente este uso y abuso de la contratación administrativa por las innumerables ventajas que la misma conlleva y sobre los cuales pende la amenaza de la privatización.

Como ya se ha indicado reiteradamente, CCOO quiere manifestar su oposición a los procesos de privatización y a aquellos servicios básicos que constituyen el pilar del Estado de bienestar, que por su carácter público, gratuito y universal permiten que los avances sociales alcancen a la totalidad de la ciudadanía, máxime en situaciones tan complicadas como las actuales, donde los sistemas de protección deben primar a la hora de valorar las medidas con las cuales afrontar la situación de crisis existentes.

Jurídico
cuadernos sanitarios

www.sanidad.ccoo.es