

Mejora del empleo y de las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud



TMIEWHS/2017

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Departamento de Políticas Sectoriales

Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud

**Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones
de trabajo en el ámbito de los servicios de salud**
(Ginebra, 24-28 de abril de 2017)

Ginebra, 2017

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, GINEBRA

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la discusión en la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 24-28 de abril de 2017), Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, OIT, 2017.

ISBN: 978-92-2-331350-0 (impreso)

ISBN: 978-92-2-331351-7 (web pdf)

Publicado también en francés: *Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé: Rapport pour discussion à la Réunion tripartite sur les moyens d'améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé* (Genève, 24-28 avril 2017), ISBN 978-92-2-231255-9 (imprimé), ISBN 978-92-2-231256-6 (pdf Web), Ginebra, 2017; y en inglés: *Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Sectoral Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services*, Geneva, 24-28 April 2017, ISBN 978-92-2-130532-3 (print), ISBN 978-92-2-130533-0 (Web pdf), Ginebra, 2017.

health service / health policy / employment / skills development / social dialogue / role of ILO / ILO Meeting

02.07.5

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y los productos digitales de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías y redes de distribución digital, o solicitándolos a ilo@turpin-distribution.com. Para más información, visite nuestro sitio web: www.ilo.org/publns o escribanos a ilopubs@ilo.org.

Prefacio

El presente informe ha sido preparado por la Oficina Internacional del Trabajo con objeto de que sirva de base para las deliberaciones en la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud, que tendrá lugar en Ginebra del 24 al 28 de abril de 2017. En él se proporciona una visión general de los cambios recientes operados en el sector de la salud, y se examinan las dificultades y oportunidades para mejorar el trabajo decente en el ámbito de los servicios de salud.

Índice

	<i>Página</i>
Prefacio.....	iii
Agradecimientos.....	vii
Antecedentes de la Reunión	ix
Introducción	1
1. Contexto mundial: cambios, oportunidades y dificultades en el sector de la salud	2
1.1. Iniciativas de política a escala mundial y sus repercusiones en el sector de la salud	2
1.1.1. Cobertura sanitaria universal	2
1.1.2. Agenda para el Desarrollo Sostenible.....	3
1.1.3. Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico	3
1.2. Dificultades a las que se enfrentan los sistemas de atención de salud	5
1.2.1. Acceso desigual a la atención de salud y escasez de personal sanitario	5
1.2.2. Financiación de la salud y organización del sistema de salud	7
1.2.3. Exigencias cambiantes.....	8
1.3. Migración de los trabajadores sanitarios.....	9
1.4. Normas internacionales del trabajo y trabajo decente en el sector de la salud	10
2. Empleo	12
2.1. El trabajo en el sector de la salud: alcance y características	12
2.2. Tendencias y características del empleo en el sector social y de la salud.....	14
2.2.1. Tendencias mundiales del empleo en el sector social y de la salud.....	14
2.2.2. Efectos multiplicadores del empleo en el ámbito de la salud	17
2.2.3. Composición de la fuerza de trabajo en el sector de la salud a nivel mundial	18
2.3. Condiciones de empleo	22
2.3.1. Relaciones de trabajo	22
2.3.2. Remuneración	24
2.4. Aspectos relativos al género	25
2.5. Trabajo de prestación de cuidados	26
3. Desarrollo de competencias, educación y formación.....	28
4. Condiciones de trabajo	31
4.1. Organización del tiempo de trabajo y sus efectos en el sector de la salud.....	31
4.1.1. Orientación normativa	32
4.1.2. Horas reales de trabajo y sistemas de turnos	33
4.1.3. Efectos en los trabajadores y en el desempeño institucional	34

4.2.	Seguridad y salud del personal sanitario.....	36
4.2.1.	Breve reseña.....	36
4.2.2.	El caso del brote de la enfermedad por el virus del Ébola en 2014	36
4.2.3.	Violencia en el trabajo y en contextos de emergencia humanitaria	37
4.2.4.	Efectos de los niveles de dotación de personal en los trabajadores sanitarios y en la seguridad de los pacientes.....	38
4.2.5.	Protección de la seguridad y salud en el trabajo	39
4.3.	Protección social	41
4.4.	Impacto de las nuevas tecnologías	41
5.	Diálogo social y relaciones laborales	43
5.1.	Diálogo social	43
5.2.	Relaciones laborales.....	44

Agradecimientos

El informe ha sido preparado por Christiane Wiskow, Especialista en Servicios de Salud, bajo la supervisión general de John Sendanyoye, Jefe de la Unidad de Servicios Públicos y Privados, y de Annete van Leur, Directora del Departamento de Políticas Sectoriales. Odile Frank, Devora Levakova, Nikolina Postic y Adame Traore aportaron contribuciones sustanciales. El informe también se benefició de las contribuciones y observaciones de colegas de diferentes departamentos, a saber, David Hunter y Mónica Castillo, del Departamento de Estadística (STATISTICS); Claire Harasty y Olga Strietska-Illina, del Departamento de Política de Empleo (EMPLOYMENT); Xenia Scheil-Adlung, del Departamento de Protección Social (SOCPRO); Yuka Ujita, del Departamento de Gobernanza y Tripartismo (GOVERNANCE); Laura Addati, Patrick Belser, Maria Gallotti, Susan Maybud y Jon Messenger, del Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad (WORKQUALITY); Karen Curtis, Tomi Kohiyama y Katerina Tsotroudi, del Departamento de Normas Internacionales del Trabajo (NORMES); Ekkehard Ernst y Stefan Kuehn, del Departamento de Investigaciones (RESEARCH); Adam Greene, de la Oficina de Actividades para los Empleadores (ACT/EMP), y Amrita Sietaram, de la Oficina de Actividades para los Trabajadores (ACTRAV).

Antecedentes de la Reunión

En su 323.^a reunión (marzo de 2015), el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo decidió incluir en el programa de reuniones sectoriales para 2016-2017 una reunión encargada de examinar las dificultades y oportunidades en relación con el trabajo decente en el ámbito de los servicios de salud, que se centrara especialmente en el empleo y en las condiciones de trabajo. En su 326.^a reunión (marzo de 2016), el Consejo de Administración decidió las fechas y la duración de la Reunión, y determinó que su título sería *Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud*. El objetivo sería examinar estrategias de trabajo decente capaces de paliar la escasez de trabajadores sanitarios como condición para que todos aquellos que lo necesiten puedan acceder en pie de igualdad a la atención de salud. En lo que respecta a la composición de la Reunión, el Consejo de Administración decidió invitar a todos los gobiernos interesados, y que se designaría a ocho participantes trabajadores y a ocho participantes empleadores sobre la base de los nombramientos realizados por los grupos respectivos del Consejo de Administración. Además, se invitaría a las organizaciones intergubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales a asistir a la Reunión en calidad de observadores.

Introducción

1. La salud y el trabajo decente son esenciales para la cohesión social, el desarrollo humano y el crecimiento económico incluyente. El trabajo decente en el sector de la salud es primordial para asegurar unos sistemas de salud eficaces y resilientes, lo cual es un requisito previo para paliar la escasez de trabajadores sanitarios y para lograr el objetivo de la igualdad de acceso a una atención de salud de calidad. El sector de la salud está relacionado fundamentalmente con las personas; si no hay personal sanitario, no puede haber atención de salud.
2. Las recientes iniciativas de política a escala mundial han destacado la función esencial que desempeñan las inversiones en salud y en los trabajadores sanitarios para el desarrollo sostenible, y han puesto de relieve el poder integrador del fortalecimiento del sector de la salud abordando al mismo tiempo diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ¹. Los ODS reconocen que el trabajo decente es un factor clave a la hora de asegurar el crecimiento económico inclusivo y su contribución al progreso social. La consecución del empleo pleno y productivo y del trabajo decente para todos los hombres y mujeres forma parte integrante del ODS 8, que también recalca la protección de los derechos laborales. Por lo referente al sector de la salud, el ODS 8 enlaza directamente con el llamamiento a potenciar la contratación, la movilización, la formación y la retención del personal sanitario como parte del ODS 3, con el fin de garantizar una vida sana para todos.
3. En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas apoyó el concepto de cobertura sanitaria universal, e instó a los gobiernos a invertir en salud con miras a asegurar el acceso universal a los servicios básicos de salud, brindando al mismo tiempo protección contra las dificultades económicas ². La Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012, (núm. 202), de la OIT, proporciona un marco basado en los derechos con el fin de lograr el acceso universal a la atención de salud esencial, garantizando igualmente la seguridad básica de los ingresos mediante el establecimiento de sistemas integrales de seguridad social ³.
4. La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas en marzo de 2016, concluyó en su informe que es preciso invertir en personal sanitario con miras a realizar progresos en lo que respecta a la consecución de los ODS ⁴. La Comisión reconoció que el sector de la salud genera empleo y es un sector económico esencial, apoyándose en nuevos datos concluyentes según los cuales se prevé que las inversiones den fruto en términos de mejora de la salud de la población, el crecimiento económico y la seguridad sanitaria. Urge adoptar medidas para hacer frente a la escasez actual y prevista de trabajadores sanitarios. El costo de la inacción puede ser alto: el brote de la enfermedad por el virus del Ébola entre 2014 y 2015 en África Occidental demostró las graves consecuencias que pueden tener unas

¹ Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

² Asamblea General de las Naciones Unidas: Salud mundial y política exterior, resolución aprobada por la Asamblea General el 12 de diciembre de 2012, documento A/RES/67/81, disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/81&referer=/english/&Lang=S.

³ Todas las normas internacionales del trabajo de la OIT pueden consultarse en: <http://www.ilo.org/normlex>.

⁴ Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: Working for health and growth: investing in the health workforce, Report of the High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Ginebra, OMS, 2016 (este informe no existe en español).

inversiones inadecuadas en los sistemas públicos de salud y en su fuerza de trabajo para las sociedades, el desarrollo económico y la seguridad sanitaria a escala internacional.

5. La igualdad de acceso a una atención de salud de calidad depende de la disponibilidad de un número suficiente de trabajadores sanitarios debidamente calificados donde quiera que se necesiten. Su función primordial a la hora de proteger y mejorar la salud de la población se ha reconocido en diversos documentos de la OIT con el transcurso del tiempo. Sin embargo, a escala mundial persiste la escasez de personal de la salud, así como la desigual distribución del mismo. Prácticamente todos los países tienen dificultades para contratar, distribuir y retener a un número suficiente de trabajadores de la salud calificados y motivados allí donde se necesitan. Los déficits de trabajo decente se cuentan entre los principales motivos de esta situación.
6. Con el fin de paliar la escasez de personal sanitario, las inversiones en los trabajadores de la salud no deben limitarse a incrementar el número de trabajadores. Es preciso brindar más oportunidades de empleo en el sector, que deben ir acompañadas de medidas orientadas a proporcionar un empleo y unas condiciones de trabajo decentes con objeto de atraer y retener a trabajadores sanitarios competentes. También deben examinarse y mejorarse las condiciones de trabajo de los empleos actuales en el sector de la salud. El trabajo decente debe formar parte integrante de estrategias eficaces encaminadas a afrontar los retos que se plantean en este sector.

1. Contexto mundial: cambios, oportunidades y dificultades en el sector de la salud

1.1. Iniciativas de política a escala mundial y sus repercusiones en el sector de la salud

7. En los últimos años, el contexto mundial del sector de la salud ⁵ se ha caracterizado por importantes iniciativas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud y el personal sanitario. Una característica común de estas iniciativas es el llamamiento a la adopción de medidas transformadoras, al cambio de mentalidad y a la creación de alianzas a todos los niveles con objeto de aprovechar las oportunidades que surjan y de hacer frente a las enormes dificultades que nos aguardan.

1.1.1. Cobertura sanitaria universal

8. En 2012, la comunidad mundial apoyó la cobertura sanitaria universal como una estrategia esencial para lograr el objetivo de la salud para todos. La Resolución de las Naciones Unidas sobre salud mundial y política exterior (2012) reafirmó el derecho a la salud, el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, así como el derecho a la seguridad social, y observó con preocupación que, para millones de personas, estos derechos seguían estando fuera de su alcance. Instó a los gobiernos a acelerar la transición al acceso universal a los servicios básicos de salud, y a brindar protección al mismo tiempo contra las dificultades económicas causadas por gastos médicos desorbitados, haciendo particular hincapié en los más necesitados, incluidos los sectores pobres y vulnerables de la población y quienes se encuentran en las zonas rurales y alejadas ⁶.

⁵ Para consultar una descripción del alcance y las características del sector de la salud, véase el capítulo 2.

⁶ Resolución de las Naciones Unidas, documento A/RES/67/81, *op. cit.*, preámbulo y párrafos 2, 8, 9 y 10.

-
9. La Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012, (núm. 202), de la OIT, también proporciona un marco basado en los derechos para la cobertura sanitaria universal, al paso que prevé o reduce los riesgos de pobreza relacionados con las condiciones sociales y sanitarias. Apoyándose en el principio de la universalidad de la protección, exige que la seguridad social básica «[asegure] como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso» y que esté establecida «por ley». La atención de salud esencial comprende «un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional,... incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad» (párrafos 4, 5 y 7).

1.1.2. Agenda para el Desarrollo Sostenible

10. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ha establecido un ambicioso marco de acción con el fin de garantizar una vida digna para todos, luchando por la igualdad y la justicia social con la promesa de «asegurar que nadie se quede atrás»⁷. Pone de relieve un enfoque integrado con objetivos interdependientes e indivisibles y metas interrelacionadas que exigen una amplia colaboración en todos los sectores, instando a las partes interesadas a superar el pensamiento aislado para lograr el impacto transformador necesario.
11. Desde una perspectiva sectorial, las medidas encaminadas a fortalecer los servicios de salud y a potenciar el desarrollo del personal sanitario conducen a fuertes interacciones que permiten realizar progresos hacia la consecución de diversos ODS, incluidos el 1 (reducción de la pobreza), el 3 (vida sana y bienestar) el 4 (educación de calidad), el 5 (igualdad de género), el 8 (crecimiento económico sostenido y trabajo decente para todos) y el 10 (reducción de la desigualdad). Además, el ODS 12 (consumo y producción sostenibles) y el 16 (paz, justicia e instituciones sólidas) se benefician de las iniciativas eficaces en el sector de la salud.
12. Al adoptar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometen a «tomar las medidas audaces y transformativas que se necesitan urgentemente para reconducir al mundo por el camino de la sostenibilidad y la resiliencia»⁸. La creación de unos sistemas de salud sólidos y de una fuerza de trabajo sostenible en el sector de la salud también requiere medidas audaces y transformativas. Este enfoque está impulsado por el reconocimiento de que, para alcanzar los objetivos de desarrollo en el ámbito de la salud, no basta seguir haciendo «más de lo mismo», sino que se requiere un cambio profundo.

1.1.3. Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico

13. En este espíritu, la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico insistió en la importancia de un cambio de paradigma al pensar en el sector de la salud y en su importancia económica. El mandato de la Comisión fue examinar y recomendar formas de estimular la inversión en el empleo en el sector de la salud y su fuerza de trabajo, con miras a facilitar la consecución de los ODS. Cuestionó la visión

⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas: *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015, documento A/RES/70/1, disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=S.

⁸ *Ibíd.*, preámbulo.

económica tradicional de que el sector de la salud es una carga para las economías nacionales en la medida en que consume los recursos, y subrayó su contribución al crecimiento económico y al bienestar de la sociedad ⁹: en primer lugar, a través de la mayor productividad de una población sana y, en segundo lugar, como una importante fuente de empleo que tiene el potencial de generar más trabajos decentes mediante el incremento de la demanda de sus servicios y su contribución a la estimulación del crecimiento en otros sectores económicos, tales como la infraestructura, los equipos, los proveedores y la producción de tecnología y los servicios administrativos y de otro tipo.

- 14.** Las recomendaciones de la Comisión (recuadro 1.1) ponen de relieve la necesidad de un cambio transformador para crear unos sistemas de salud sostenibles con una fuerza de trabajo que sea capaz de atender efectivamente las necesidades de salud de la población. Dicha transformación conlleva cambios en los modelos de prestación de servicios de salud, las políticas del mercado de trabajo, la educación y la formación, teniendo en cuenta asimismo los avances tecnológicos. Además, exige invertir en unas condiciones de trabajo decentes, garantizar la igualdad de género, elaborar unas políticas de migración basadas en los derechos y mejorar la capacidad para responder a situaciones de emergencia. La facilitación de estos cambios requiere la obtención de una financiación adecuada de la salud proveniente de múltiples fuentes nacionales, incluida la extensión de los pisos de protección social (ODS 1), así como de fuentes internacionales en apoyo a los países necesitados (ODS 10). Este alcance del cambio exige medidas más allá de las políticas de salud tradicionales con miras a la integración de los objetivos de la salud para todos (ODS 3), la educación de calidad (ODS 4), el empleo, el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo (ODS 8) y la igualdad de género (ODS 5), lo que a su vez requiere una colaboración multisectorial. Se necesitan mejores datos con el fin de que puedan orientar la adopción de medidas y fortalecer la rendición de cuentas.

Recuadro 1.1.
Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico:
diez recomendaciones (resumen)

1. Estimular las inversiones en la creación de empleos decentes en el sector de la salud.
2. Potenciar al máximo la participación económica de las mujeres y fomentar su empoderamiento.
3. Ampliar la educación transformadora y de calidad y el aprendizaje permanente.
4. Reformar la prestación y organización de los servicios de salud.
5. Aprovechar el potencial de las tecnologías.
6. Asegurar la existencia de capacidades fundamentales para responder a situaciones de emergencia y la protección de los trabajadores sanitarios.
7. Obtener financiación adecuada proveniente de fuentes nacionales e internacionales.
8. Promover la colaboración intersectorial en los planos nacional, regional e internacional.
9. Aumentar los beneficios de la migración de los trabajadores de la salud y reducir los efectos negativos de la misma, y proteger los derechos de los migrantes.
10. Llevar a cabo investigaciones y análisis sólidos, con miras a fortalecer las pruebas, la rendición de cuentas y la actuación.

Fuente: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, 2016, *op. cit.*

⁹ Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: *Working for health and growth: Investing in the health workforce, op. cit.*

-
15. Las recomendaciones de la Comisión coinciden con la *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*¹⁰ de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, que tiene por objeto acelerar el logro de la cobertura sanitaria universal y de los ODS, asegurando el acceso equitativo a los trabajadores de la salud en unos sistemas de salud fortalecidos. La estrategia establece principios rectores con referencia al trabajo decente, los derechos de los trabajadores, la igualdad de género y unas políticas de migración equitativas.

1.2. Dificultades a las que se enfrentan los sistemas de atención de salud

16. Los sistemas de atención de salud se enfrentan permanentemente al reto de adaptarse a un entorno en continua evolución con objeto de alcanzar sus objetivos establecidos. Las transiciones demográficas y cambios epidemiológicos, los conocimientos adquiridos en las ciencias médicas, farmacéuticas y de la salud, y las nuevas tecnologías exigen ajustes constantes en la prestación de los servicios de salud, lo que tiene consecuencias en la manera en que se realiza el trabajo y, por ende, en las exigencias impuestas a los trabajadores sanitarios. Si bien las cuestiones concretas que deben abordarse varían de un país a otro, al igual que las características socioeconómicas y la carga de morbilidad, los responsables de la formulación de políticas se enfrentan al desafío de atender la creciente demanda de servicios de salud con unos recursos limitados.

1.2.1. Acceso desigual a la atención de salud y escasez de personal sanitario

17. No obstante los progresos realizados con respecto al logro de los objetivos mundiales de salud, persisten grandes desigualdades en materia de salud, influidas en gran medida por las desigualdades socioeconómicas. Aunque el sector de la salud no puede abordar por sí sólo los determinantes sociales de la salud, tiene una función y una responsabilidad esenciales a la hora de asegurar el acceso universal a los servicios de salud. Los déficits de acceso requieren adoptar medidas urgentes: en 2012-2013, casi el 40 por ciento de la población mundial carecía de protección legal de la salud. Estos déficits eran particularmente notables en los países de bajos ingresos, donde más del 90 por ciento de la población seguía careciendo de cobertura sanitaria legal: el déficit de financiación de la salud superaba el 90 por ciento, y casi la mitad de los gastos en salud (47,8 por ciento) eran asumidos a través de pagos directos, lo que dificultaba el acceso a los servicios de salud y hacía que las personas que necesitaban cuidados corrieran el riesgo de caer en la pobreza¹¹.
18. Dentro de los países, las desigualdades se observan fundamentalmente entre las zonas rurales y las urbanas. Según las estimaciones en 2015, el 56 por ciento de la población que vivía en las zonas rurales experimentaba brechas de cobertura sanitaria legal en comparación con el 22 por ciento en las zonas urbanas; el 63 por ciento de la población rural, en comparación con el 33 por ciento de la población urbana, carecía de acceso a los servicios de salud debido a una financiación inadecuada de la salud¹². Por consiguiente, las tasas de enfermedades infecciosas prevenibles y las tasas de mortalidad materna y de niños menores de 5 años eran más elevadas en la población rural que en la urbana.

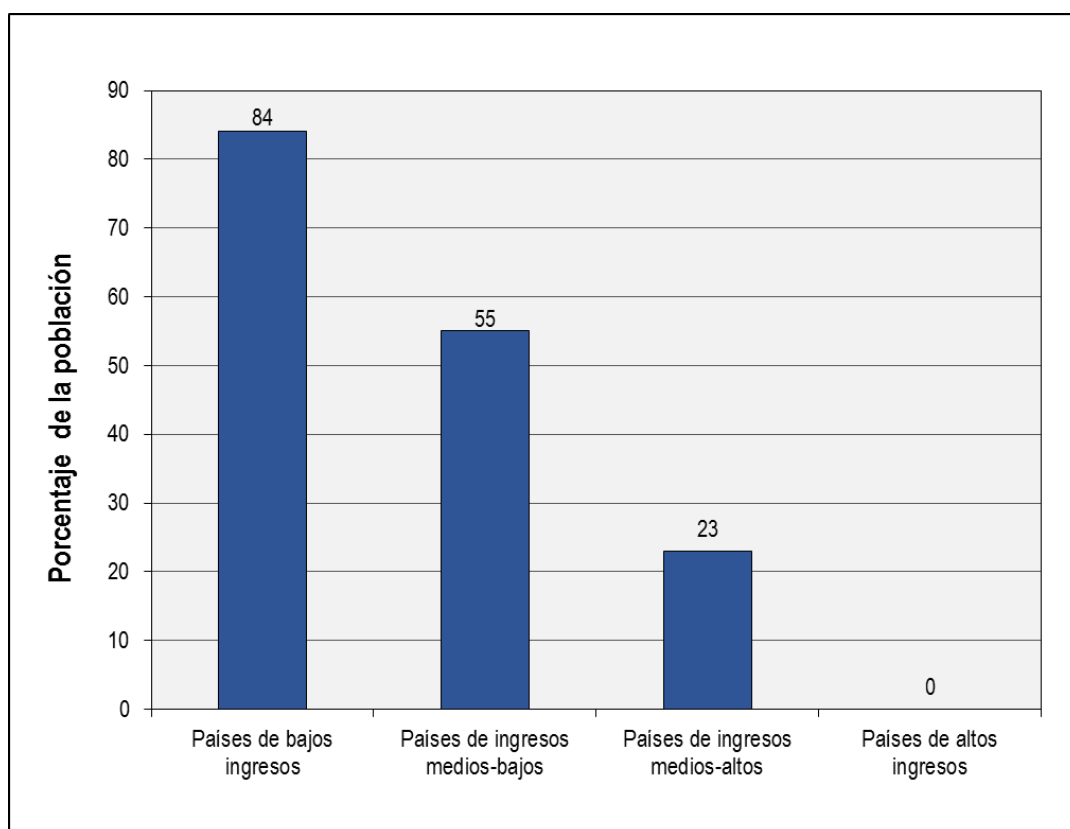
¹⁰ OMS: *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, 2016, disponible (en inglés) en: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/.

¹¹ OIT: *Addressing the global health crisis: Universal health protection policies*, Ginebra, 2014.

¹² Scheil-Adlung, X. (editor): *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*, Ginebra, OIT, 2015.

19. Si bien se han realizado progresos a la hora de afrontar la crisis de personal sanitario a escala mundial, en muchos países persisten lagunas importantes que limitan su capacidad para prestar atención de salud esencial. Según las previsiones, en 2030 habrá un déficit de 18 millones de trabajadores de la salud, fundamentalmente en los países de bajos ingresos y de ingresos medios-bajos¹³. La desigual distribución de los trabajadores sanitarios en todo el mundo y dentro de los países constituye un obstáculo para alcanzar la equidad en materia de salud, ya que la escasez de personal en el sector afecta ante todo a las poblaciones más pobres: según las estimaciones, el porcentaje de la población que en 2014 carecía de acceso a los servicios de salud a causa del déficit de personal sanitario ascendía al 84 por ciento en los países de bajos ingresos, al 55 por ciento en los países de ingresos medios-bajos y al 23 por ciento en los países de ingresos medios-altos (véase el gráfico 1.1). En algunos países africanos y asiáticos, más del 90 por ciento de la población carecía de acceso a la atención de salud debido a una escasez extrema de personal en el sector (menos de tres trabajadores sanitarios por cada 10 000 personas)¹⁴.

Gráfico 1.1. Porcentaje de la población sin acceso a la atención de salud debido a la escasez de personal sanitario, 2014



Nota: Estimaciones de las brechas de cobertura (en porcentaje de la población) debido a la escasez de trabajadores de la salud, por nivel de ingresos de los países (umbral de la OIT de 41,1 trabajadores sanitarios por cada 10 000 personas, 2014).

Fuente: Scheil-Adlung, X. et al., *op. cit.*

¹³ Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: *Working for health and growth: Investing in the health workforce*, *op. cit.*

¹⁴ Scheil-Adlung, X. et al.: «Health sector employment: a tracer indicator for universal health coverage in national Social Protection Floors», en *Human Resources for Health*, 2015, 13:66, disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/13/1/66>.

1.2.2. Financiación de la salud y organización del sistema de salud

20. A escala mundial, se prevé que el gasto total en atención de salud per cápita experimentará un incremento anual del 2,4 por ciento entre 2013 y 2040, impulsado en parte por el crecimiento a largo plazo de los ingresos y del poder adquisitivo nacionales, a lo que se suma el aumento de los precios y las intervenciones innovadoras, pero más costosas, y una mayor demanda debida al crecimiento y al envejecimiento de la población. Sin embargo, las diferencias entre los países en función de los ingresos son grandes: el gasto en salud per cápita anual promedio (2013) en los países de bajos ingresos se cifró en 84 dólares de los Estados Unidos (ajustado a la paridad de poder adquisitivo), en comparación con 9 019 dólares de los Estados Unidos en los países de altos ingresos. Se prevé que estas brechas persistirán. Según las proyecciones, el gasto privado en salud basado en planes de prepago seguirá aumentando, lo que sumado al creciente gasto público en salud apunta a que se realizarán progresos a la hora de brindar una mejor protección contra los riesgos financieros a las personas que necesitan atención de salud. Sin embargo, en algunos países todo apunta a que los pagos directos aumentarán y que el costo de la atención sanitaria se mantendrá sumamente alto ¹⁵.
21. En muchos países, el gasto público en salud no ha sido adecuado para crear o mantener unos sistemas de salud sólidos. En 2001, los Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Africana se comprometieron a establecer el objetivo de destinar al menos un 15 por ciento de sus presupuestos anuales al sector de la salud. Diez años más tarde, si bien 26 países habían incrementado el porcentaje del gasto público total destinado a la salud, sólo la República Unidad de Tanzania había alcanzado la meta establecida. Durante el mismo período, 11 países habían reducido su gasto público en salud. De manera análoga, en 2009 sólo cinco países de la comunidad internacional de donantes habían alcanzado el objetivo acordado de destinar el 0,7 por ciento del ingreso nacional bruto (INB) a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD). En 2009, después de la crisis financiera mundial, la AOD apenas representaba en promedio el 0,31 por ciento del INB para 11 de los 23 países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), lo que refleja una disminución real de la AOD general desde 2001 ¹⁶.
22. En toda Europa, las respuestas gubernamentales a la crisis financiera de 2008-2009 variaron; así pues, el gasto público disminuyó o se congeló en algunos países, mientras que otros consiguieron mantener el presupuesto dedicado a la salud. En algunos países, la eficiencia en función de los costos se logró reduciendo los gastos farmacéuticos y otros suministros o reestructurando el sector hospitalario ¹⁷. En España, Grecia y Portugal, las medidas de austeridad se tradujeron en una reducción considerable del acceso a los servicios de salud. Una combinación de austeridad fiscal, recesión económica y sistemas débiles de protección social impulsó una crisis sanitaria y social en Europa. La existencia de mecanismos de protección social sólidos podría haber mitigado los efectos de la crisis económica ¹⁸.

¹⁵ Dieleman, J. L. et al.: «National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040», en *The Lancet*, 2016, vol. 387, págs. 2521-2535, disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30167-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30167-2).

¹⁶ OMS: *The Abuja Declaration: Ten Years On*, 2011, disponible en: http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/.

¹⁷ Maresso, A. et al.: *Economic crisis, health systems and health in Europe*, Copenhagen, OMS, 2015.

¹⁸ Karanikolos, M. et al.: «Financial crisis, austerity, and health in Europe», en *The Lancet*, vol. 381, págs. 1323-1331, 2013, disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

-
23. Con independencia del nivel de financiación de la salud, se considera que la utilización ineficiente de recursos contribuye a debilitar los sistemas de salud en todo el mundo. Las críticas a este respecto giran en torno a la notable fragmentación del sector de la salud, a la falta de coordinación de la prestación de los servicios y a una focalización indebida en la atención hospitalaria y especializada. Existe una creciente demanda para que se reorganicen los sistemas de salud con el fin de que presten servicios centrados en las personas, lo que requiere un enfoque integrado multidisciplinario. El llamamiento para que se haga más hincapié en los servicios de salud preventivos con objeto de frenar las enfermedades no transmisibles y en la atención primaria de salud no es algo nuevo, pero ha cobrado impulso. La atención primaria de salud se considera una estrategia eficaz para corregir las ineficiencias organizativas y limitar los costos a través de una mejor coordinación entre los servicios ambulatorios y los servicios hospitalarios, la asistencia médica preventiva y la curativa, y los servicios de salud y la atención social, con el fin de atender las necesidades generadas por el envejecimiento de la población.
24. Muchas reformas de la atención de salud se han centrado en la contención de gastos y en una mayor competencia para mejorar la eficiencia en función de los costos. Si bien la participación del sector privado puede mejorar la prestación de servicios, el concepto de comercialización también preocupa a algunas partes interesadas, concretamente en lo que respecta a la inclusión de los servicios de salud en los tratados comerciales ¹⁹. Las conclusiones de 1998 sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud prevén que: «(...) la atención de la salud para todos ha de servir al interés público, pero ello no significa necesariamente que deba ser organizada por los servicios públicos y estar a su cargo, sino que también puede tener un carácter privado. La atención de la salud no es un artículo de consumo y, por consiguiente, no puede ser objeto de operaciones mercantiles» ²⁰.

1.2.3. Exigencias cambiantes

25. El envejecimiento de la población es un aspecto fundamental de las transiciones demográficas que tendrá consecuencias en todos los sectores. A pesar de las crecientes necesidades en materia de atención de salud en los grupos de población de edad avanzada, muchos consideran que el incremento de los gastos en salud no está tan impulsado por el envejecimiento como por las nuevas tecnologías o los cambios en las prácticas clínicas. Los sistemas de salud tendrán que adaptarse a las necesidades de una población que envejece, dejando de lado la salud curativa para pasar a centrarse en la atención integrada y en el establecimiento de sistemas sostenibles de prestación de cuidados a largo plazo ²¹.
26. En los últimos años ha habido una creciente demanda para que se responda a las necesidades de salud en contextos de emergencia humanitaria derivados de desastres naturales, conflictos armados y emergencias de salud pública. En 2015, el número de personas desplazadas a causa de un conflicto se estimó en 60 millones, en su mayoría provenientes de países de bajos ingresos y de países de ingresos medios-bajos. Entre 2008 y 2014, los desastres naturales obligaron a 184 millones de personas a abandonar sus hogares, y se calcula que 1 000 millones de personas viven en entornos frágiles. En un mundo globalizado con patrones de movilidad rápida, las enfermedades infecciosas, tales como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), se propagan a través de las fronteras y se convierten en amenazas universales para la salud.

¹⁹ Lethbridge, J.: *Health Care Reforms and the Rise of Global Multinational Health Care Companies*, Londres, Unidad de Investigación de la Internacional de Servicios Públicos, 2015.

²⁰ OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra, 1999, conclusiones, párrafo 2.

²¹ OMS: *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra, 2015.

-
27. Los sistemas de salud de muchos países no están debidamente preparados para responder a situaciones de emergencia. El brote de ébola sin precedentes que afectó al África Occidental en 2014-2015 demostró las graves consecuencias que tienen unos sistemas de salud debilitados en las poblaciones, la economía y la sociedad. Las precarias condiciones de los servicios de salud en el momento del brote, incluida la falta de equipo, suministros, medicamentos y personal sanitario calificado, dificultó su contención. Además, puso indebidamente en peligro a los trabajadores sanitarios de primera línea, tal como evidencia el número sin precedentes de infecciones y muertes de trabajadores de la salud.

1.3. Migración de los trabajadores sanitarios

28. La migración de los trabajadores de la salud es una característica de los mercados laborales sanitarios mundiales. En los países de la OCDE, el número de profesionales médico-sanitarios migrantes aumentó un 60 por ciento entre 2000 y 2010. En promedio, el porcentaje respectivo de personal médico y personal de enfermería migrantes fue del 22 y del 14,5 por ciento en 22 países de la OCDE. El personal médico procedía en su mayoría de la India y el personal de enfermería de Filipinas, aunque la emigración de trabajadores sanitarios también aumentó en otros países asiáticos, como China, Pakistán y Viet Nam²². La dinámica de los mercados de trabajo y las políticas de inmigración influyen en los flujos migratorios; por ejemplo, cuando la oferta nacional aumenta, la demanda de trabajadores sanitarios extranjeros disminuye.
29. Las condiciones de trabajo y los ingresos siguen siendo los principales motores de la emigración de los trabajadores de la salud. Por ejemplo, se observó una correlación entre los niveles de ingresos en los países de origen y la intención de emigrar en 17 países europeos, en los que los profesionales de la salud se sentían atraídos hacia los países donde los ingresos eran más elevados, mientras que los flujos de salida disminuían en los países en que los salarios aumentaban²³. Otros factores que motivaban a los profesionales de la salud a dejar sus países de origen eran la insatisfacción general con las condiciones de trabajo y la búsqueda de desarrollo profesional²⁴.
30. Para hacer frente al impacto negativo de la migración, todos los países deben adoptar políticas que aseguren una fuerza de trabajo nacional sostenible, con el fin de reducir la dependencia de los trabajadores sanitarios migrantes y de subsanar los déficits de trabajo decente para mejorar la contratación y la retención de los trabajadores. En el informe relativo a la aplicación del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* (2010) se concluyó que 70 países habían indicado medidas adoptadas para atender las necesidades de los trabajadores sanitarios a nivel nacional, como la creación de empleo y la mejora de los salarios y de las condiciones de trabajo²⁵. Para aprovechar los beneficios de la experiencia internacional, tales como el desarrollo profesional y la transferencia de competencias, hacen falta mecanismos para el reconocimiento de las calificaciones, así como políticas que permitan la reintegración de quienes retornan a su país en el sistema de salud nacional.

²² OCDE: *Perspectivas de la Migración Internacional 2015*, París, 2015.

²³ Wismar, M. et al. (editores): *Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European countries*, Copenhague, OMS/Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud, 2011.

²⁴ Humphries, N. et al.: «Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions ... are killing us slowly»: Qualitative insights into health professional emigration from Ireland», en *Human Resources for Health*, 2015, 13:35.

²⁵ OMS: *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud: segunda ronda de presentación de informes nacionales*, Informe de la Secretaría, 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, documento A69/37, 2016.

31. La protección de los derechos de los trabajadores sanitarios migrantes, conjuntamente con la aplicación de normas internacionales de migración laboral, es de vital importancia (véase el recuadro 1.2). La reglamentación de la contratación de los trabajadores migrantes es primordial para la gobernanza efectiva de la migración laboral. Los *Principios generales y directrices prácticas para una contratación equitativa*, de la OIT (2016), proporcionan orientación práctica a los gobiernos, las empresas y los reclutadores de mano de obra ²⁶.

Recuadro 1.2
Instrumentos esenciales pertinentes para la gobernanza de la migración
de los trabajadores sanitarios

- Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97)
- Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143)
- Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118)
- Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982 (núm. 157)
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias, 1990 (Naciones Unidas)
- Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181)
- *Código de Prácticas Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Contratación Internacional de Personal de Salud* (2010)
- *Principios generales y directrices prácticas para una contratación equitativa*, de la OIT (2016)

1.4. Normas internacionales del trabajo y trabajo decente en el sector de la salud

32. El Programa de Trabajo Decente de la OIT se asienta en los cuatro pilares del empleo productivo, los derechos en el trabajo, la protección social y el diálogo social. De manera análoga a los ODS, los cuatro objetivos estratégicos para lograr el trabajo decente son «de igual importancia (...), inseparables, están interrelacionados y se refuerzan mutuamente» y «la falta de promoción de cualquiera de ellos menoscabaría el logro de los demás», tal como se destaca en la *Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa*, de la OIT (2008) ²⁷.
33. Las normas internacionales del trabajo y la legislación laboral nacional proporcionan orientación sobre lo que el trabajo decente significa en concreto. Si bien las normas internacionales del trabajo suelen aplicarse a todos los trabajadores, algunas son particularmente pertinentes para el sector de la salud. La Reunión paritaria de la OIT sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, de 1998, concluyó que «de conformidad con lo dispuesto en los Convenios núms. 87, 98 y 151 de la OIT, los trabajadores del sector de la salud tienen los mismos derechos en materia de asociación y de negociación colectiva que el resto de los trabajadores». Recomendó asimismo que convendría que se prestara especial atención a las disposiciones del Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149), y de la Recomendación (núm. 157) que

²⁶ OIT: *Resultado de la Reunión de expertos sobre contratación equitativa* (Ginebra, 5-7 de septiembre de 2016), Informe del Director General: Cuarto informe complementario, documento GB.328/INS/17/4.

²⁷ OIT: *Declaración sobre la justicia social para una globalización equitativa* (2008), párrafos A y B.

lo acompaña, y de la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69) ²⁸. La igualdad de remuneración y la eliminación de la discriminación en el empleo y la ocupación son importantes con miras a hacer realidad la igualdad de género para el personal de la salud, en el que predominan las mujeres, y para proteger a los trabajadores sanitarios migrantes. Las normas que prevén entornos de trabajo seguros y protección social son de vital importancia, habida cuenta de los riesgos profesionales que conlleva la atención sanitaria. Con el fin de abordar cuestiones que preocupan especialmente a los trabajadores de la salud, la OIT ha elaborado una serie de materiales de formación y orientación, tales como directrices sobre el VIH y los servicios de salud, y material de formación relativo a la violencia en el trabajo, a la mejora del lugar de trabajo y al diálogo social en los servicios de salud.

Recuadro 1.3
Convenios y recomendaciones fundamentales de la OIT
que son pertinentes para el sector de la salud

- Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)
- Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)
- Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100)
- Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)
- Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149)
- Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 157)
- Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151)
- Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102)
- Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)
- Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155)
- Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187)

34. La escasez de personal, la creciente migración del personal sanitario y la salida temprana de las profesiones del sector de la salud son síntomas de déficits de trabajo decente que deben combatirse.
35. El personal sanitario es el pilar de los sistemas de salud nacionales. Con el fin de que puedan desempeñar efectivamente sus funciones, los trabajadores de la salud necesitan oportunidades de empleo, un salario adecuado, condiciones de trabajo seguras y saludables, una educación apropiada, un desarrollo profesional continuo, oportunidades profesionales, igualdad de trato y protección social. Para poder asegurarles un trabajo decente, es preciso reconocer en primer lugar su contribución esencial a la salud y la riqueza de sus sociedades.
36. Prácticamente todos los países tienen dificultades en lo que respecta a la contratación, el despliegue y la retención de un número suficiente de trabajadores sanitarios debidamente calificados en los lugares en los que se necesitan. Se ha indicado que las elevadas tasas de rotación y de reducción del personal sanitario en muchos países obedecen fundamentalmente a su insatisfacción con las condiciones de trabajo, incluidos los bajos salarios, la sobrecarga de trabajo, las largas jornadas laborales y las escasas perspectivas profesionales. Pese a las

²⁸ OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, *op. cit.*, conclusiones, párrafos 10 y 14.

diferencias que existen en los distintos países y grupos profesionales, el grado de satisfacción de los trabajadores sanitarios y su intención de dejar el trabajo están vinculados ²⁹ y ³⁰.

37. Las condiciones de trabajo influyen en la calidad de la atención de salud. Los indicadores de los resultados en los pacientes, tales como la morbilidad y la mortalidad, están estrechamente asociados con los niveles de dotación de personal, la estabilidad de dicha dotación y el nivel de educación de los trabajadores. Los estudios realizados en nueve países europeos muestran que un incremento de la carga de trabajo para el personal de enfermería de tan sólo un paciente aumenta un 7 por ciento el riesgo de mortalidad de los pacientes internos; en cambio, un aumento del 10 por ciento del porcentaje de profesionales de enfermería con licenciatura universitaria se asocia con una disminución del 7 por ciento de la mortalidad de los pacientes ³¹. Los estudios llevados a cabo en la República de Corea indican asimismo una asociación entre la escasa dotación de personal y el aumento del riesgo de la mortalidad de los pacientes ³².
38. Así pues, el trabajo decente en el sector de la salud tiene una doble función primordial que desempeñar a la hora de reforzar los resultados positivos: asegurar la sostenibilidad del personal sanitario y la prestación de cuidados de calidad. La mejora del empleo y de las condiciones de trabajo atrae y retiene a los trabajadores de la salud, al tiempo que les permite desempeñar sus funciones de una manera más eficiente.

2. Empleo

2.1. El trabajo en el sector de la salud: alcance y características

39. El sector de la salud y su fuerza de trabajo pueden definirse de una manera amplia o estricta, dependiendo los diversos enfoques de la definición del empleo en el ámbito sanitario ³³. Con el fin de comprender la verdadera magnitud del trabajo relacionado con la atención de salud, es preciso adoptar una visión más amplia, que abarque desde el trabajo clínico hasta aquellas funciones, inclusive en otros sectores, que respaldan la prestación de servicios de salud y los resultados en materia de salud. Esta visión amplia incluye:

²⁹ Blaauw, D. et al.: «Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa», en *Global Health Action*, 2013, 6:19287, disponible en: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.19287>.

³⁰ Aiken, L. H. et al.: «Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States», en *BMJ*, publicado el 20 de marzo de 2012, 344:e1717, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>.

³¹ Aiken, L. H. et al.: «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study», en *The Lancet*, 2014, vol. 383, págs. 1824-1830, disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).

³² Cho, E. et al.: «Effects of nurse staffing, work environment, and education on patient mortality: An observational study», en *International Journal of Nursing Studies*, febrero de 2015, vol. 52, 2), págs. 535-542.

³³ OIT: *Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud*, Informe para el debate de la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, Ginebra, 1998.

-
- el personal calificado en ocupaciones del sector de la salud que realiza un trabajo clínico en centros de salud;
 - todos los trabajadores del sector de la salud, a nivel público o privado, sea cual fuere su ocupación, y
 - quienes apoyan la prestación de servicios, aunque estén empleados por otros sectores o industrias, tales como los proveedores de servicios subcontractados (por ejemplo, el personal de limpieza, de restauración, de seguridad o cedido por agencias).
40. Además, las operaciones del sector generan empleo en otros sectores e industrias que proporcionan una amplia gama de productos y servicios al mismo, tales como los productores y proveedores de equipos, los productos farmacéuticos, el apoyo a nivel de infraestructura, los seguros de salud y otros servicios financieros, la formación y la investigación.
41. Asimismo, una gran parte del trabajo sanitario se realiza sin que los trabajadores reciban una remuneración a cambio; por ejemplo, los cuidados prestados a una persona de edad por un familiar que, a falta de servicios de cuidado, renuncia a su empleo remunerado, o el trabajo de salud realizado por voluntarios. Teniendo en cuenta la creciente integración de la atención de salud y del trabajo social, los límites entre ambos tipos de servicios son cada vez más difusos. El cuidado de las personas de edad se lleva a cabo en particular a lo largo de un continuo de apoyo social, cuidado personal y atención de salud.
42. Estos diferentes conceptos de trabajo y empleo relacionados con la salud hacen difícil generar datos comparables entre países. Además, los enfoques organizativos varían en términos de definiciones, fuentes de datos y modelos de cálculo, lo que conduce a diferentes resultados, tal como se indicó en el informe de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico ³⁴. Con el fin de mejorar la calidad de los datos para orientar mejor la formulación de políticas, la Comisión ha recomendado elaborar un conjunto de indicadores armonizados para supervisar las tendencias de los mercados de trabajo sanitario de una manera transparente ³⁵. Un reto que se plantea a este respecto es la calidad de la fuente, especialmente en los países en desarrollo. Se necesitan inversiones para establecer sistemas de información sólidos y para crear capacidad analítica a nivel nacional.
43. Dada la dificultad que conlleva segregar datos estadísticos para ambos, los datos contenidos en el presente informe, salvo que se indique lo contrario, se refieren al empleo remunerado para los sectores combinados de la salud y del trabajo social ³⁶, y proporcionan un perfil de la fuerza de trabajo por grupos profesionales ³⁷. Se añaden estimaciones recientes de la OIT de los efectos multiplicadores del empleo en el ámbito de la salud en estos sectores, complementados por información procedente de otras fuentes.

³⁴ Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: *Working for health and growth: Investing in the health workforce*, op. cit., pág. 24.

³⁵ *Ibíd.*, pág. 12.

³⁶ Tal como se define en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU), revisión 4, sección Q: Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, disponible en: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/seriesm_4rev4s.pdf.

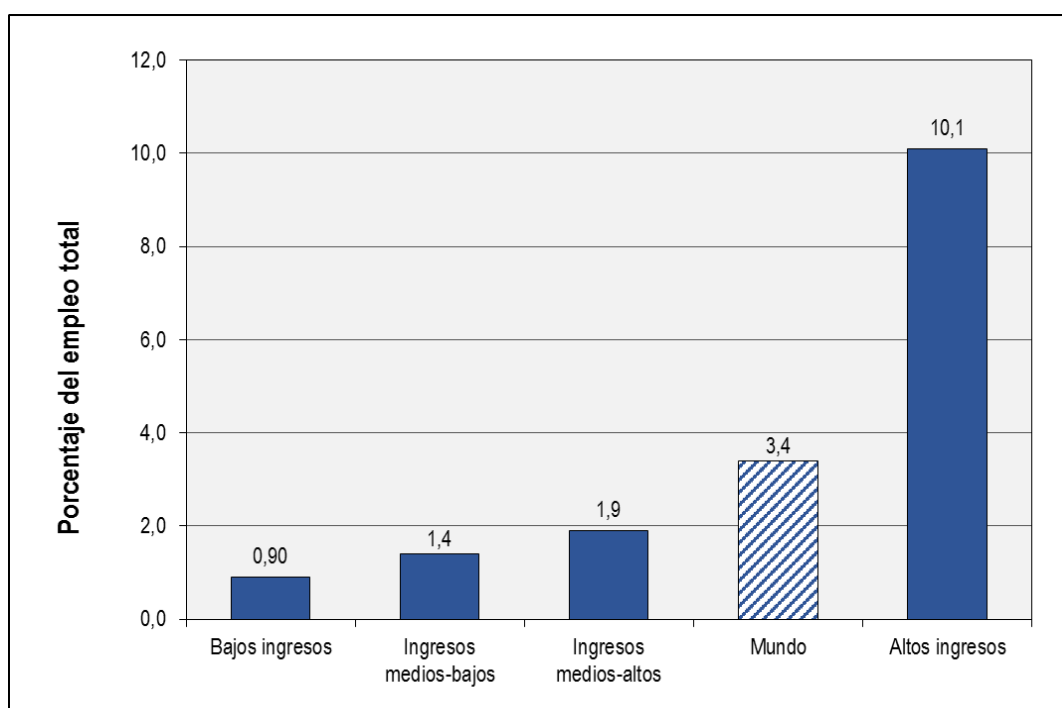
³⁷ Tal como se define en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08), disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/index.htm>.

2.2. Tendencias y características del empleo en el sector social y de la salud

2.2.1. Tendencias mundiales del empleo en el sector social y de la salud

44. El sector de la salud es una fuente importante de empleo. En 2013, el trabajo sanitario y social representó más de 105 millones de puestos de trabajo en todo el mundo, lo que constituye aproximadamente el 3,4 por ciento del empleo total mundial ³⁸, cifra que ascendió a casi 107 millones de empleos un año después. El empleo en el sector de la salud está positivamente correlacionado con el desarrollo económico ³⁹; constituye en torno al 10 por ciento del empleo total en los países de altos ingresos, en comparación con menos del 1 por ciento en los países de bajos ingresos (véase el gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. Porcentaje del empleo en el sector social y de la salud como porcentaje del empleo total, por grupo de países clasificados según sus ingresos, 2013



Fuente: OIT: *Perspectivas Laborales y Sociales en el mundo – Tendencias 2015* (base de datos de la OIT).

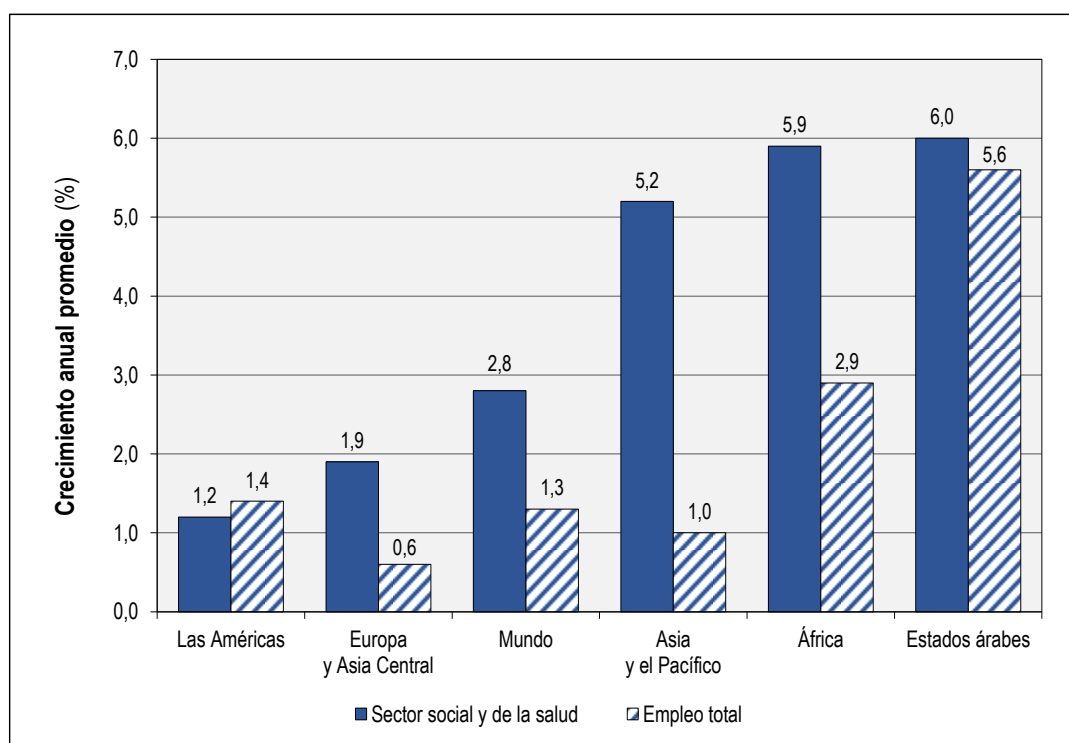
45. En las diversas regiones, el porcentaje de empleo en los sectores social y de la salud como porcentaje del empleo total registró sus niveles más bajos en África y en Asia y el Pacífico (1,6 por ciento), y alcanzó las cotas más altas en Europa y Asia Central (8,8 por ciento), mientras que representó, respectivamente, el 3,7 y 7,4 por ciento en los Estados árabes y las Américas.

³⁸ Fuente de datos, si no se indica lo contrario, OIT: *Perspectivas Laborales y Sociales en el mundo – Tendencias 2015* (base de datos de la OIT), que comprende 174 países para los cuales existen datos comparables, disponible en: <http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015/lang-es/index.htm>.

³⁹ Grupos de países clasificados según sus ingresos, basado en la clasificación de economías del Banco Mundial, 2014, disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.

46. En tiempos de ralentización del crecimiento económico, el empleo en los sectores de la atención de salud y la atención social se ha mantenido relativamente estable, y ha registrado un crecimiento constante incluso durante la crisis financiera mundial. Sin embargo, inmediatamente después de la crisis, el sector experimentó una notable deceleración en términos de crecimiento del empleo (del 2,8 por ciento en 2012 al 0,4 por ciento en 2013). El impacto de la crisis financiera en el empleo total fue mucho mayor en las economías desarrolladas⁴⁰. Si bien el empleo total en esos países se redujo considerablemente en 2009 (un 2,2 por ciento), a escala mundial el empleo en los servicios sociales y de salud mantuvo su tendencia ascendente. La caída del empleo en los servicios sociales y de salud registrada en 2013 podría atribuirse a las reformas, así como a los efectos de las medidas de austeridad aplicadas en muchos países y que afectan en particular al sector público, incluidos los servicios de salud.
47. En todo el mundo, el crecimiento anual promedio del empleo en el ámbito de la salud duplicó el registrado por el empleo total (el 2,8 por ciento frente al 1,3 por ciento, respectivamente). En todas las regiones, con la salvedad de las Américas, el crecimiento del empleo en los sectores de la salud y los servicios sociales superó el experimentado por el empleo total, especialmente en Asia y el Pacífico y en África. La ralentización del crecimiento en las economías desarrolladas durante la crisis y después de la misma se refleja en la baja tasa de crecimiento anual promedio observada en Europa y Asia Central (véase el gráfico 2.2), y la confirman los datos relativos a los grupos de países clasificados según sus ingresos (véase el gráfico 2.3), que muestran que los países de altos ingresos registran las tasas anuales de crecimiento del empleo más bajas.

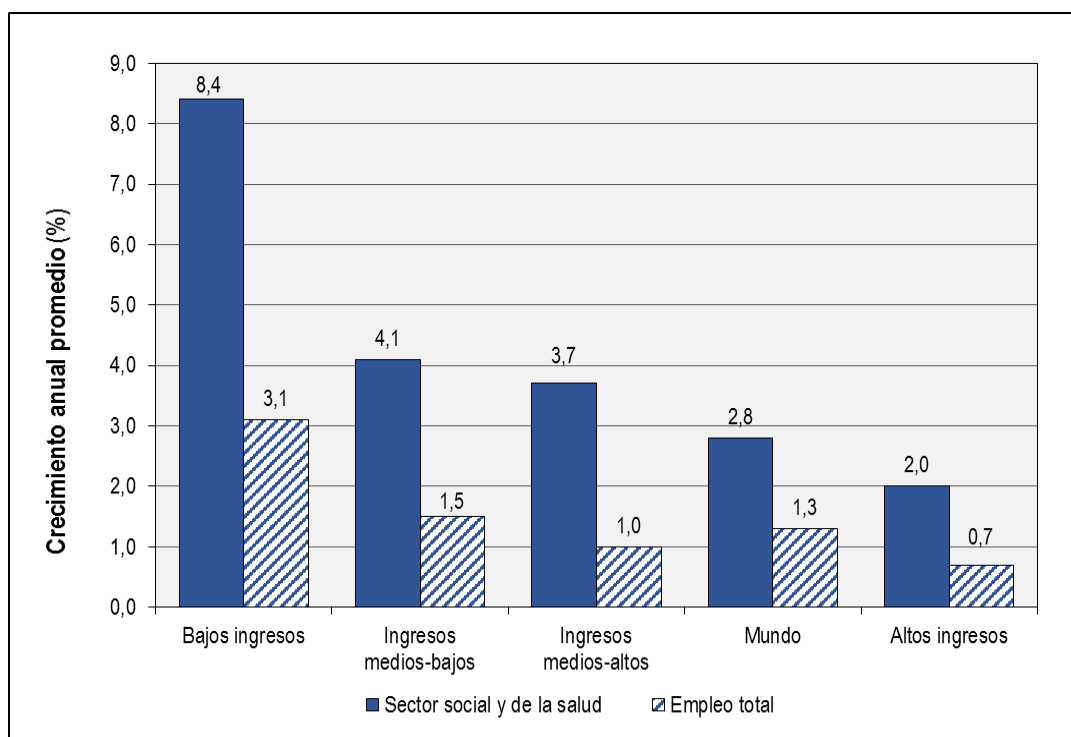
Gráfico 2.2. Crecimiento anual promedio del empleo (en términos porcentuales), por región de la OIT, 2005-2013



Fuente: OIT: *Perspectivas Laborales y Sociales en el mundo – Tendencias 2015* (base de datos de la OIT).

⁴⁰ Economías desarrolladas según la agrupación indicada en *Perspectivas Laborales y Sociales en el Mundo*, de la OIT, incluidos 37 países, véase la base de datos correspondiente, *op. cit.*

Gráfico 2.3. Crecimiento anual promedio del empleo (en términos porcentuales), por grupos de países clasificados según sus ingresos, 2005-2013

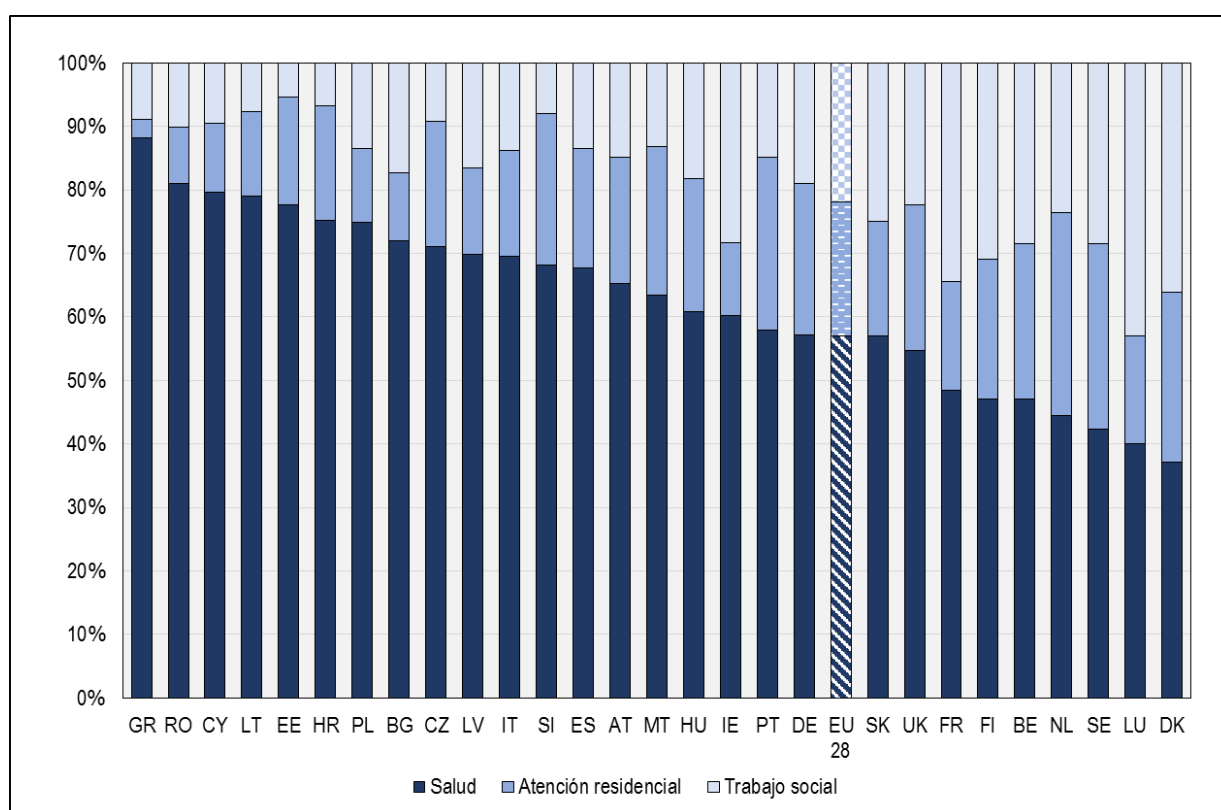


Fuente: OIT: *Perspectivas Laborales y Sociales en el mundo – Tendencias 2015* (base de datos de la OIT).

48. En lo que respecta a las diferentes esferas de trabajo en los servicios sociales y de salud, los datos para 2015 de la Unión Europea (UE) muestran que, en promedio, más de la mitad del empleo corresponde a la atención de salud (57,1 por ciento) y cerca de una quinta parte, respectivamente, al ámbito de la atención en instituciones (incluidos los centros de enfermería especializada y las residencias para personas de edad) y de las actividades de asistencia social sin alojamiento (21 y 21,9 por ciento, respectivamente)⁴¹. La variación considerable entre los países de la UE podría estar relacionada con diferencias en términos de organización de los sistemas sociales y de salud (véase el gráfico 2.4).

⁴¹ Con referencia a la CIU, revisión 4, sección Q, subdivisiones 86, 87 y 88.

Gráfico 2.4. Porcentaje del empleo en las tres subdivisiones del sector social y de la salud como porcentaje del empleo total en el sector social y de la salud, UE-28, 2015



Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos de la encuesta de población activa de EUROSTAT.

2.2.2. Efectos multiplicadores del empleo en el ámbito de la salud

49. Se prevé que, para 2030, la creciente demanda de servicios de salud generará unos 40 millones de empleos nuevos para los trabajadores de la salud, principalmente en los países de ingresos altos y medios ⁴². Teniendo en cuenta la gran diversidad de trabajadores y los posibles efectos multiplicadores en las industrias que proporcionan bienes y servicios para la salud, el potencial de creación de empleo es incluso mayor, también para los trabajadores poco calificados. En lo que respecta al empleo remunerado, las estimaciones de la OIT indican que, a nivel mundial, para cada ocupación en el sector de la salud (por ejemplo, personal médico, personal de enfermería o fisioterapeutas), se generan otros 1,5 empleos para los trabajadores en ocupaciones de apoyo no sanitarias (por ejemplo, administración, limpieza o manufactura), tanto en el sector de la salud como en la economía en general relacionada con la salud. Si se considerara el trabajo adicional no remunerado de cuidado a largo plazo de las personas de edad avanzada, este porcentaje aumentaría a 2,3 ocupaciones no relacionadas con la salud por cada ocupación sanitaria. Con arreglo a este enfoque, teniendo en cuenta todos los trabajadores que fabrican productos y prestan servicios relacionados con la salud, sea cual fuere su ocupación, su situación en el empleo o su sector económico, se estima que existen actualmente 234 millones de trabajadores en todas las economías relacionadas con la salud a escala mundial, desglosados en 71 millones de

⁴² Liu, J. X. et al.: *Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030*, documento de trabajo sobre investigaciones relativas a políticas, núm. 7790, Banco Mundial, Washington D.C., 2016, disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25035>.

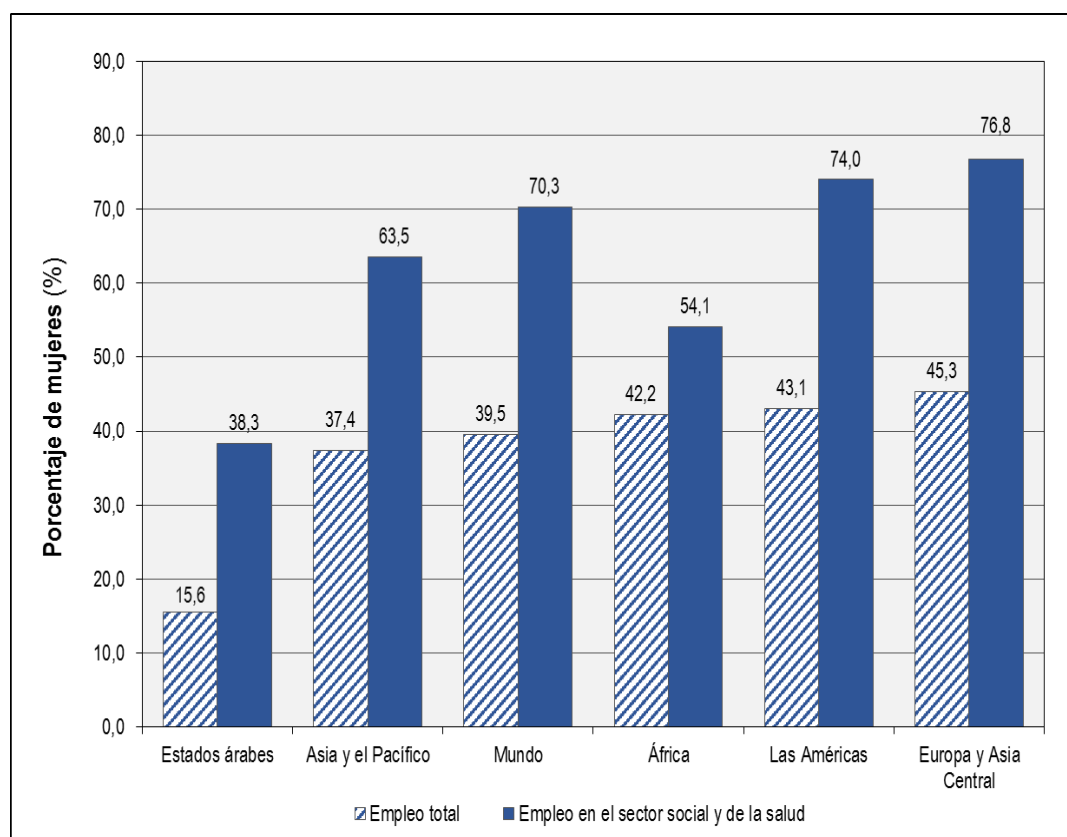
Nota: Los datos sobre los trabajadores de la salud se refieren al personal médico, de enfermería y de partería y a un grupo limitado de otras ocupaciones sanitarias, y se apoyan en bases de datos de la OMS.

trabajadores sanitarios, 106 millones de trabajadores remunerados en ocupaciones no sanitarias y 57 millones de trabajadores no remunerados en ocupaciones no sanitarias, en su mayoría personas que han dejado su empleo remunerado para cuidar de familiares. Por consiguiente, se prevé que, para 2030, el potencial total de creación de empleo asociado con los servicios de salud girará en torno a los 129 millones de empleos en todo el mundo ⁴³.

2.2.3. Composición de la fuerza de trabajo en el sector de la salud a nivel mundial

50. Los sectores del trabajo social y de la salud son una fuente de empleo importante para las mujeres. A escala mundial, más del 70 por ciento de los trabajadores de estos sectores son mujeres — casi una tercera parte más que en el empleo total. Cabe señalar que, incluso en las regiones donde las mujeres que tienen un empleo en el ámbito de la salud y de los servicios sociales registran el porcentaje más bajo, como en los Estados árabes, éste duplica con creces su porcentaje en el empleo total (véase el gráfico 2.5). Los países de altos ingresos cuentan con el porcentaje más alto de mujeres en el sector (76,7 por ciento), mientras que los países de ingresos más bajos y de ingresos medios bajos registran el porcentaje más bajo de las mismas (46,3 y 47,2 por ciento, respectivamente).

Gráfico 2.5. Porcentaje de mujeres que trabajan en el sector social y de la salud, en comparación con el porcentaje de mujeres en el empleo total, por región de la OIT, 2013

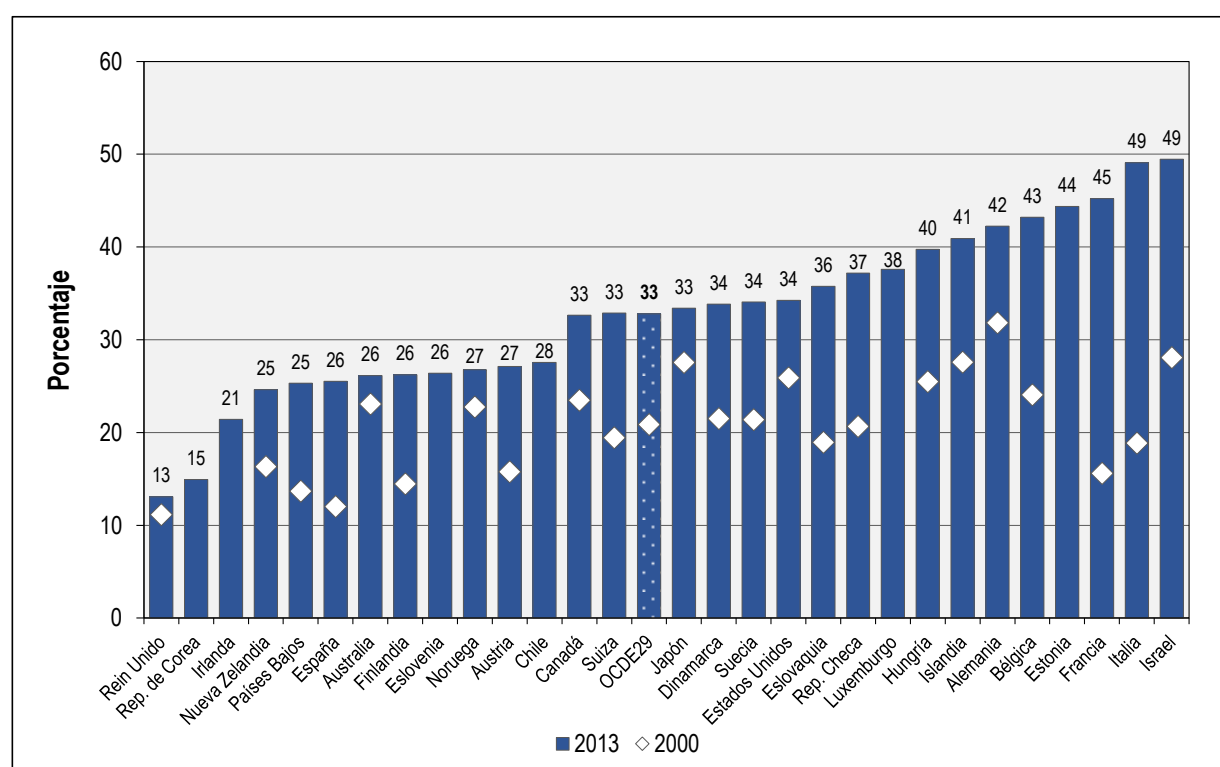


Fuente: OIT: *Perspectivas Laborales y Sociales en el mundo – Tendencias 2015* (base de datos de la OIT).

⁴³ Scheil-Adlung, X.: *Health workforce: A global supply chain approach – New data on the employment effects of health economies in 185 countries*, Ginebra, OIT, 2016.

51. Además del envejecimiento de la población, se ha observado un envejecimiento de los trabajadores sanitarios. En los países de la UE, por ejemplo, más de un tercio del personal médico (37 por ciento) tenía 55 años de edad o más en 2014 ⁴⁴, al igual que en los diversos países de la OCDE (véase el gráfico 2.6). En 2015, en Australia, el 40 por ciento de los profesionales de la enfermería y la partería tenían 50 años de edad o más, mientras que en los Estados Unidos la mitad del personal de enfermería diplomado pertenecía a ese grupo de edad.

Gráfico 2.6. Porcentaje de personal médico de 55 años de edad o más, 2000 y 2013 (o el año más cercano), países de la OCDE



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE, 2015, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

52. Los datos sobre la composición de la fuerza de trabajo en el sector de la salud por ocupación son limitados, tanto por grupos profesionales como por países. Según la OMS, el mundo contaba en 2013 con 9,8 millones de profesionales de la medicina, 20,7 millones de profesionales de la enfermería y la partería, y aproximadamente 13 millones de trabajadores pertenecientes a otras categorías de personal ⁴⁵. Las disparidades entre las regiones de la OMS son notorias: en África, la densidad media por 10 000 habitantes era de 2,4 profesionales de la medicina y de 10,7 profesionales de la enfermería y la partería, en comparación con 32,3 y 41,7 en Europa, respectivamente ⁴⁶. En las distintas regiones, el personal de enfermería y partería constituye el mayor grupo profesional en la atención de salud.

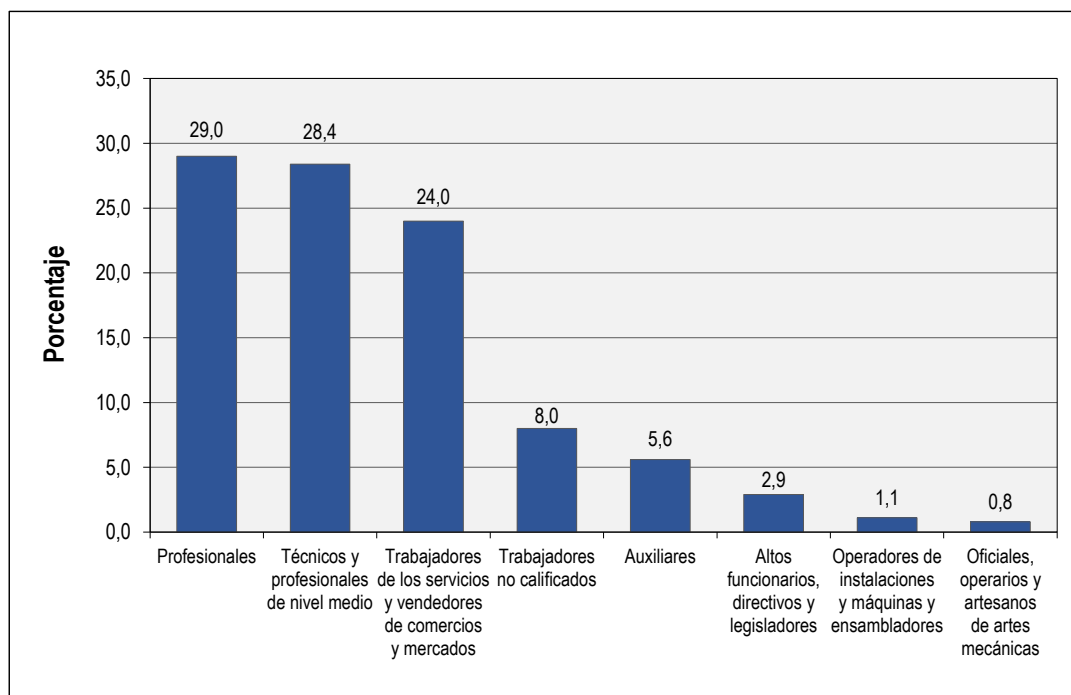
⁴⁴ EUROSTAT: *Healthcare personnel statistics*, Luxemburgo, 2016.

⁴⁵ OMS: *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, op. cit.

⁴⁶ OMS: *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs*, Ginebra, 2016.

53. El amplio alcance de los grupos profesionales empleados en los sectores de los servicios sociales y de salud en la UE-28 se ilustra en el gráfico 2.7. Los profesionales de la salud y los profesionales de nivel medio constituyen cerca del 60 por ciento de la fuerza de trabajo del sector, mientras que el 40 por ciento restante consiste en otras ocupaciones que contribuyen al funcionamiento de los servicios de salud.

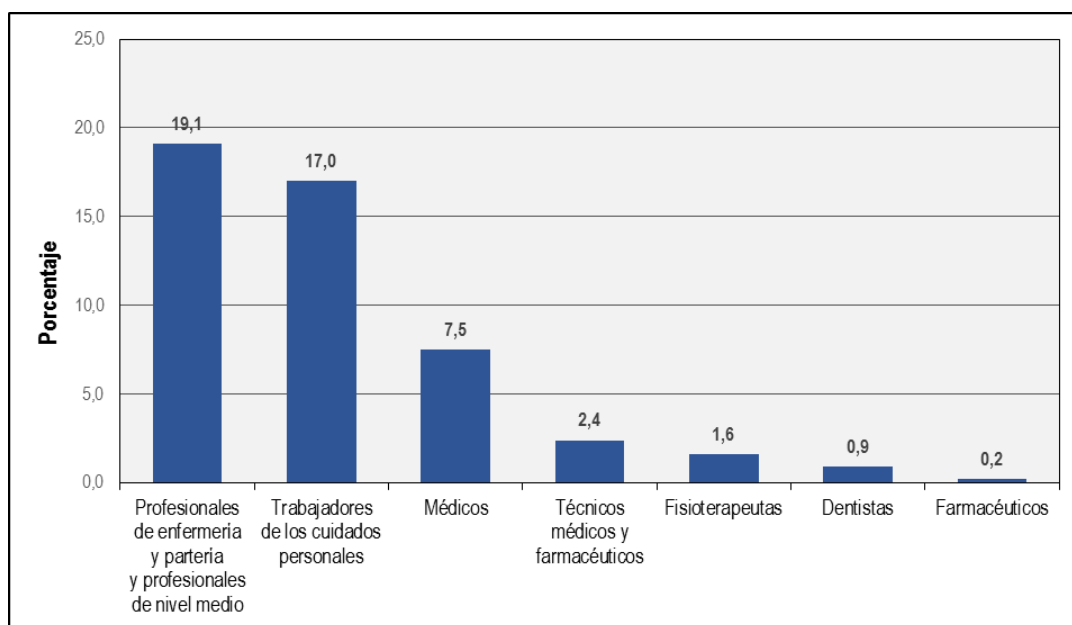
Gráfico 2.7. Alcance de los grupos profesionales empleados en el sector social y de la salud, UE-28, 2015



Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos de la encuesta de población activa de EUROSTAT.

54. La composición de las ocupaciones de la salud en los diversos países de la UE varía en función de su organización de los servicios de salud. En 2015, el porcentaje de profesionales de la medicina que tenía un empleo en el sector de la salud oscilaba desde el 22 por ciento en Grecia hasta el 4 por ciento en Finlandia. En consonancia con la tendencia mundial, los profesionales de enfermería representan el grupo profesional más grande del sector de la salud (gráfico 2.8). El elevado porcentaje de trabajadores de los cuidados personales refleja las necesidades de una población en proceso de envejecimiento.

Gráfico 2.8. Porcentaje de grupos profesionales seleccionados del sector de la salud como porcentaje del empleo en el sector social y de la salud, UE-28, 2015 [cambiar gráfico]



Fuente: Cálculos de la OIT basados en datos de la encuesta de población activa de EUROSTAT.

55. Los datos sobre las ocupaciones para los países en desarrollo y en transición de otras regiones son limitados. En los diversos países, las variaciones considerables en los grupos profesionales reflejan diferencias culturales y en los sistemas de salud. En la República Dominicana y el Ecuador, cerca de tres cuartas partes de los trabajadores sanitarios eran mujeres (73 y 72 por ciento, respectivamente), y en la República Unida de Tanzania el porcentaje ascendía al 57 por ciento. En Bangladesh y el Pakistán, las mujeres que trabajaban en el sector de la salud constituían el 39 y el 24 por ciento, respectivamente, lo que refleja el bajo porcentaje de mujeres que tienen un trabajo remunerado. El personal de enfermería representaba una cuarta parte del personal de la salud en la República Dominicana, Ecuador y República Unida de Tanzania (24,6, 22,7 y 23,2 por ciento, respectivamente), y el personal médico el 17 por ciento en Bangladesh y Ecuador, y cerca del 10 por ciento en el Pakistán y la República Unida de Tanzania (10,6 y 9 por ciento, respectivamente) ⁴⁷.
56. Los datos sobre la situación en el empleo están disponibles fundamentalmente para los países europeos. En 2015, la mayor parte de los trabajadores de los servicios de salud en la UE eran asalariados; los trabajadores por cuenta propia representaban en promedio el 8,7 por ciento, y existían variaciones considerables de un país a otro ⁴⁸. El porcentaje de trabajo por cuenta propia era más elevado en el grupo de los profesionales de la salud ⁴⁹ (en promedio, el 22,9 por ciento en la UE). En lo que respecta a países seleccionados para los cuales existen datos disponibles, el porcentaje de trabajadores por cuenta propia superaba el de los trabajadores asalariados únicamente en el caso del personal médico y dentista.
57. En promedio, el 13,7 por ciento del personal sanitario de la UE tenía contratos de trabajo temporales en 2015, que variaban desde el 27 por ciento en España hasta el 6,3 por ciento en el Reino Unido. En lo que respecta a todos los grupos profesionales, la tasa de empleo

⁴⁷ Basado en datos de la encuesta de población activa de ILOSTAT, 2015 o última versión disponible

⁴⁸ Basado en datos de la encuesta de población activa de EUROSTAT.

⁴⁹ Se refiere al código 22 de la CIUO.

temporal era más elevada entre los trabajadores de los cuidados personales (16 por ciento, promedio de la UE), y variaba desde el 42 por ciento en Polonia hasta el 2 por ciento en Letonia.

58. En promedio, una tercera parte del personal sanitario de la UE (32,8 por ciento) trabajaba a tiempo parcial en 2015; el porcentaje oscilaba desde el 78,7 por ciento en los Países Bajos hasta el 4,1 por ciento en Eslovaquia. La mayoría de los trabajadores a tiempo parcial en el sector de la salud eran mujeres (el 89,1 por ciento, promedio de la UE), mientras que un tercio (37,3 por ciento, promedio de la UE) de todas las mujeres empleadas en el sector trabajaba a tiempo parcial.

2.3. Condiciones de empleo

59. Las condiciones de empleo hacen referencia a la naturaleza de la relación entre el empleador y el trabajador, la existencia de un contrato y su naturaleza, las cuestiones relativas al tiempo de trabajo y a la duración del contrato, y las condiciones de remuneración en forma de salario y de prestaciones.

2.3.1. Relaciones de trabajo

60. Las reformas del sector de la salud, en respuesta a las preocupaciones que suscitan el costo y la eficiencia, han conducido a una creciente diversificación de las formas de empleo. El sector utiliza formas atípicas de empleo que comprenden el trabajo de duración determinada, el trabajo temporal, el trabajo temporal a través de agencia, el empleo por cuenta propia económicamente dependiente y el trabajo a tiempo parcial. Si están bien concebidas y reglamentadas, las formas atípicas de empleo pueden ayudar a las empresas a responder de manera oportuna a la evolución de la demanda y a sustituir a los trabajadores temporales ausentes. También pueden facilitar la participación de los trabajadores en el mercado de trabajo, por ejemplo a través de modalidades de trabajo a tiempo parcial libremente elegidas que permiten a los trabajadores conciliar mejor sus responsabilidades laborales y familiares. Sin embargo, los trabajadores que se encuentran en este tipo de modalidades de trabajo suelen estar más expuestos a los déficits de trabajo decente, en términos de inseguridad del empleo, una remuneración inferior, brechas en el acceso a la protección social, mayores peligros para la seguridad y la salud, y un poder limitado de organización y de negociación colectiva ⁵⁰.
61. Existe una tendencia en diversos países a sustituir los empleos permanentes en los servicios de salud pública por contratos de duración determinada, y a recurrir a la subcontratación para ciertos tipos de trabajo. A menudo, los trabajadores cedidos por agencias carecen de seguridad del empleo, quedan excluidos de la cobertura de la negociación colectiva y tal vez no reciban la misma remuneración que sus colegas asalariados ⁵¹. Además, está aumentando la utilización de contratos de cero horas, que son modalidades de empleo sin garantía de un número mínimo de horas de trabajo; estos contratos exponen a los trabajadores a altos niveles de inseguridad en lo que respecta a la cantidad de trabajo, los ingresos y los horarios de trabajo. En 2013, aproximadamente el 27 por ciento de los empleadores del sector de la salud en el Reino Unido utilizaban contratos de cero horas. En Inglaterra (Reino Unido),

⁵⁰ OIT: *Conclusiones de la Reunión de expertos sobre las formas atípicas de empleo*, documento GB.323/POL/3, Ginebra, 2015.

⁵¹ Malcolm, S. y Sutschet, H.: *Non-standard working in public services in Germany and the United Kingdom*, Ginebra, OIT, 2015.

307 000 trabajadores del sector privado de la atención de salud tenían estas condiciones de empleo ⁵².

62. En Sudáfrica, la utilización de personal cedido por agencias y de modalidades contractuales similares en las mismas instituciones se considera un problema creciente que compromete la prestación de servicios, la continuidad de los cuidados y la seguridad y la salud, y contribuye a una mayor desigualdad. Los trabajos de servicios complementarios en régimen de subcontratación son, en su mayor parte, temporales, a tiempo parcial e inseguros, y las agencias proporcionan trabajadores al servicio de salud pública a solicitud de este último ⁵³.
63. Las políticas de empleo deben brindar protección a los trabajadores que se encuentran en dichas modalidades contractuales vulnerables. El caso del sistema de salud del Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), ilustra el modo en que la apertura institucional al diálogo y a la negociación puede ser una manera de reducir la inestabilidad del trabajo subcontratado, a través de garantías de los derechos de estos trabajadores o de la adopción de políticas para sustituir a los trabajadores subcontratados por funcionarios públicos mediante una selección pública ⁵⁴.

Recuadro 2.1

Brasil: reglamentación de las relaciones de trabajo en el SUS a través del diálogo social

En el Brasil, en respuesta a la preocupación que suscitaba la «precarización» de la fuerza de trabajo en el SUS, el Ministerio de Salud creó el Comité Interinstitucional Nacional sobre la Desprecarización del Trabajo en el SUS, compuesto de representantes gubernamentales (federales, provinciales y locales) y de dirigentes sindicales. Éste tiene por objeto promover la creación de relaciones de trabajo que garanticen el goce de sus derechos y la estabilidad del empleo a los trabajadores, así como la calidad de los servicios de salud. En la actualidad, debido a estos esfuerzos, existe un plan institucional para regular las relaciones de trabajo en el sector de la salud y para sustituir a los trabajadores temporales subcontratados e informales por funcionarios permanentes.

Fuente: Verma y Gomes, 2014.

64. Los ejemplos provenientes de los países europeos ilustran los posibles beneficios mutuos de las formas atípicas de empleo para los empleadores y los trabajadores. En el sector de la salud pública de Eslovaquia, debido a la falta de profesionales calificados, se han ofrecido distintos tipos de contratos para cubrir temporalmente las vacantes y mantener la prestación adecuada de servicios. El personal médico aprovecha la oportunidad que se le brinda de trabajar en hospitales unas pocas horas a la semana para mejorar sus calificaciones y aumentar su experiencia con pacientes específicos y con un equipo que tal vez no esté a su disposición en otros centros de salud. Los estudios de caso del Reino Unido y los Países Bajos ponen de relieve casos de empleadores del sector público que recurren a formas atípicas de empleo para responder a recortes presupuestarios, de tal manera que les permita retener al menos a una parte de su personal calificado y proporcionarle trabajo e ingresos ⁵⁵.

⁵² UNISON: *Zero hours contracts fact sheet*, actualizado en enero de 2016, disponible en: <https://www.unison.org.uk/content/uploads/2016/02/Zero-Hours-Factsheet.pdf>.

⁵³ Kisting, S., Dalvie, A. y Lewis, P.: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, Ginebra, OIT (de próxima publicación).

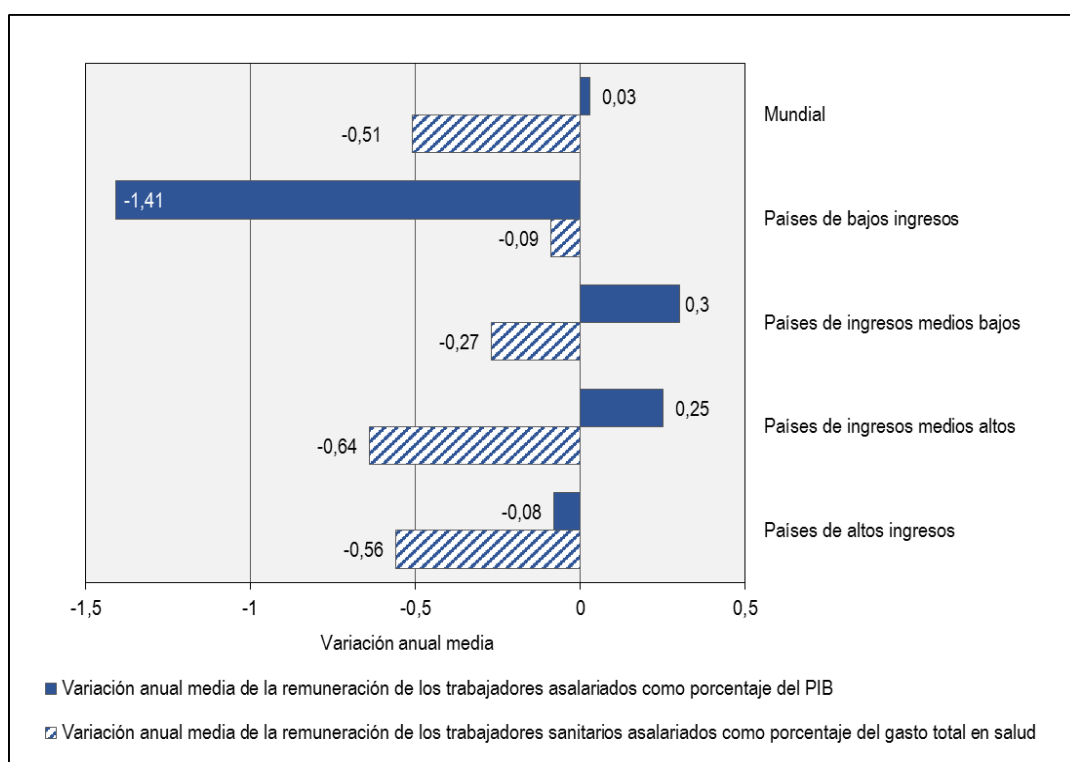
⁵⁴ Verma, A. y Gomes, A.: *Non-standard Employment in Government: An Overview from Canada and Brazil*, Ginebra, OIT, 2014.

⁵⁵ Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound): *New forms of employment*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015.

2.3.2. Remuneración

65. La remuneración es un factor importante de la contratación, la retención y la motivación de los trabajadores. Para los trabajadores de la salud, la remuneración refleja el nivel de reconocimiento de su trabajo y el grado en que éste se valora. El nivel de remuneración debería ser comparable y poder competir con el de los grupos profesionales de niveles similares en otros sectores económicos, y debería reflejar las calificaciones, las responsabilidades, las obligaciones y la experiencia especificadas para el personal de enfermería, por ejemplo en la Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 157). Los ingresos también son importantes para que los trabajadores de la salud desempeñen sus funciones con total independencia y de acuerdo con su ética profesional.
66. En la primera década de este siglo, la remuneración de los trabajadores sanitarios asalariados como porcentaje del PIB apenas experimentó cambios a nivel mundial, y disminuyó en términos de gasto total en salud (véase el gráfico 2.9). En algunos países, el salario medio de los trabajadores de las categorías peor remuneradas tan solo se situaba en un 1 por ciento por encima del umbral de la pobreza ⁵⁶. Con el fin de compensar los bajos salarios, los trabajadores de la salud optan con frecuencia por tener múltiples trabajos o por aumentar los turnos o las horas extraordinarias ^{57 y 58}.

Gráfico 2.9. Variación anual de la remuneración de los trabajadores sanitarios como porcentaje del gasto total en salud y del PIB por nivel de ingresos de los países, 2000-2010 (porcentajes)



Fuente: OIT: *Informe mundial sobre la protección social, 2014-2015*.

⁵⁶ OIT: *Informe mundial sobre la protección social, 2014-2015: hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social*, Ginebra, 2014.

⁵⁷ Voluntary Service Overseas (VSO): *Valuing Health Workers: Cambodia Report*, Londres, 2013.

⁵⁸ Messenger, J. y Vidal, P.: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, Ginebra, OIT, 2015.

67. En respuesta a la crisis económica, algunos países europeos redujeron de manera drástica los salarios o los congelaron, al igual que las prestaciones. Estas medidas contribuyeron a incrementar los desequilibrios salariales, estimulando más aún la salida de los trabajadores sanitarios. Las medidas de austeridad dieron lugar a una transformación radical en la jerarquía de los niveles salariales entre el sector público y privado, lo que se tradujo en desventajas salariales para los trabajadores de los servicios públicos^{59, 60 y 61}. Los efectos en la remuneración variaron entre los principales grupos profesionales. En Hungría, los ingresos del personal médico-sanitario disminuyeron en 2009; en Bélgica y Francia, los ingresos del personal médico generalista cayeron en 2010, y los del personal de enfermería se estancaron en 2010 y 2011, mientras que los percibidos por el personal médico especialista siguieron aumentando. En Dinamarca, la reducción de los ingresos del personal médico-sanitario comenzó en 2011⁶².
68. La variación en los niveles salariales entre las ocupaciones es considerable: de 16 grupos profesionales en el ámbito de la salud en 20 países, el personal médico era el mejor remunerado y los trabajadores de los cuidados personales los peor remunerados, mientras que los grupos de profesionales de la enfermería y la partería se encontraban en el medio. Esto refleja los diferentes niveles de competencias, educación y calificaciones requeridos para las diversas ocupaciones. Las diferencias salariales entre los países también son notorias⁶³.

2.4. Aspectos relativos al género

69. Paradójicamente, si bien el personal sanitario mundial es predominantemente femenino, las mujeres en los sectores del trabajo social y de la salud suelen concentrarse en trabajos menos calificados que se encuentran en el extremo inferior de las jerarquías profesionales y en los que la remuneración es inferior⁶⁴. En el Reino Unido, el empleo femenino en los servicios de prestación de cuidados está relacionado en gran medida con el trabajo de prestación de cuidados directos, mientras que los cargos directivos suelen ser ostentados por hombres. La prestación de cuidados a largo plazo es asumida principalmente por las mujeres (en el 90 por ciento de los países de la OCDE), a menudo en modalidades de trabajo a tiempo parcial, y las oportunidades de formación y el desarrollo de calificaciones que se ofrecen a estas trabajadoras suelen estar a unos niveles muy bajos en comparación con otros trabajadores sanitarios⁶⁵.

⁵⁹ Thompson, S. et al.: *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa y Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Asistencia Sanitaria, 2014.

⁶⁰ Karanikolos, M. et al.: «Financial crisis, austerity, and health in Europe», en *The Lancet*, 2013, vol. 381, págs. 1323-1331.

⁶¹ Vaughan-Whitehead, D. (editor): *Public Sector Shock – The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Ginebra, OIT, 2013.

⁶² Buchan, J. et al.: *Wage-setting in the Hospital sector*, documento de trabajo sobre la salud núm. 77 de la OCDE, París, 2014, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx56b8hqhl-en>.

⁶³ Tijdens, K. et al.: «Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», en *Human Resources for Health*, 2013, 11:11.

⁶⁴ Langer, A. et al.: «Women and Health: the key for sustainable development», en *The Lancet*, 2015, vol. 386, págs. 1165-1210.

⁶⁵ Colombo, F. et al.: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Estudios sobre políticas de salud de la OCDE, París, publicación de la OCDE, 2011.

70. Debido a que el trabajo de prestación de cuidados conlleva tareas que las mujeres han realizado tradicionalmente sin recibir una remuneración a cambio, las calificaciones exigidas para este trabajo — y para la prestación de cuidados en general — están infravaloradas y se ignoran en las medidas nacionales de la economía ⁶⁶. Se ha aducido que el mercado de trabajo subestima las tareas y calificaciones consideradas «femeninas», como demuestra el hecho de que cuando aumenta el porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo o en una ocupación, los salarios suelen disminuir ⁶⁷. Se ha estimado que la contribución de las mujeres a la atención de salud representa casi el 5 por ciento del PIB mundial, lo que equivale a más de 3 billones de dólares de los Estados Unidos, pero casi la mitad de dicha contribución no se remunera ni reconoce. Se considera que este trabajo informal y voluntario en las familias y comunidades es una subvención oculta a los sistemas de salud y a la sociedad que se debería reconocer y compensar ⁶⁸.
71. Las desigualdades de remuneración entre hombres y mujeres, que a nivel mundial se cifran en más del 20 por ciento de la economía general ⁶⁹, parecen ser incluso más marcadas en los sectores del trabajo social y la salud humana, en cuyo caso se sitúa en promedio en el 26 por ciento en los países de altos ingresos y en el 29 por ciento en los países de ingresos medios-altos ⁷⁰.

2.5. Trabajo de prestación de cuidados

72. La economía de la prestación de cuidados se ha definido como una fuente de crecimiento del empleo en el futuro debido al envejecimiento de la población, aunque muchas necesidades actuales en lo que respecta a la prestación de cuidados no se atienden debido a las restricciones financieras, o porque se cubren al recurrir a cuidadores no remunerados o insuficientemente remunerados ⁷¹.
73. En el ámbito de la prestación de cuidados a las personas de edad avanzada, la composición de la fuerza de trabajo en la prestación de cuidados a largo plazo es heterogénea en lo que respecta al nivel de competencias y a las ocupaciones, pero sigue siendo mayoritariamente femenina. Además de los trabajadores dedicados a la prestación de cuidados a largo plazo que ocupan un empleo formal, existen otros trabajadores en este ámbito que se encuentran en la economía informal, además de quienes se consagran a cuidar de familiares sin recibir una remuneración a cambio. La OIT estima un déficit mundial de 13,6 millones de empleos formales en el ámbito de la prestación de cuidados a largo plazo ⁷². Los cuidadores no registrados o que se encuentran en la economía informal suelen tener unas condiciones de

⁶⁶ OIT: *Las mujeres en el trabajo: Tendencias 2016*, Ginebra, OIT, 2016.

⁶⁷ Tijdens, K. et al.: «Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries», *op. cit.*

⁶⁸ Langer, A. et al.: «Women and Health: the key for sustainable development», *op. cit.*

⁶⁹ OIT: *La iniciativa del centenario relativa al futuro del trabajo*, Memoria del Director General, Informe I, Conferencia Internacional del Trabajo, 104.ª reunión, Ginebra, 2015.

⁷⁰ Esto se refiere a la diferencia salarial no ajustada entre hombres y mujeres. Datos disponibles de 40 países (27 de altos ingresos; ocho de ingresos medios-altos; cuatro de ingresos medios-bajos, y uno de bajos ingresos); últimos datos disponibles para 2011-2013. Fuente: ILOSTAT, basado en las encuestas nacionales de población activa y en las estimaciones oficiales de cada país.

⁷¹ OIT: *La iniciativa del centenario relativa al futuro del trabajo*, *op. cit.*

⁷² Scheil-Adlung, X.: *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*, Ginebra, OIT, 2015.

trabajo menos favorables, menos seguridad social y unos salarios inferiores ⁷³. En general, los trabajadores dedicados a la prestación de cuidados a largo plazo reciben salarios bajos; por ejemplo, en Australia, Reino Unido y Estados Unidos se estima que, en 2014, su salario fue aproximadamente la mitad (entre el 55 y el 57 por ciento) que el promedio salarial de todas las ocupaciones ⁷⁴. En Shanghái (China), los trabajadores que cuidan de las personas de edad a domicilio son un grupo marginado situado en el extremo inferior de la escala salarial ⁷⁵. En varios estudios se ha subrayado la baja condición del trabajo de la prestación de cuidados, a lo que se suma la segregación por motivo de género. La falta de reconocimiento, y en particular un nivel de remuneración que no refleja el aspecto exigente del trabajo, impulsa a muchos a dejar la profesión, lo que se traduce en una costosa rotación del personal ⁷⁶. Dado que los cuidadores son, en su mayor parte, mujeres, los aspectos relativos al género influyen en sus condiciones de trabajo.

74. Es importante asegurar que el personal sanitario tenga acceso al trabajo decente, lo que también se traducirá en una mayor calidad del cuidado. A este respecto, un convenio colectivo sectorial para los trabajadores que prestan cuidados a domicilio en el sector privado en la Argentina ofrece soluciones innovadoras a la hora de brindar protección a estos trabajadores, integrando al mismo tiempo la formación continua para mejorar las competencias y permitiendo la educación de trabajadores que suelen estar poco calificados.

Recuadro 2.2

Argentina: convenio colectivo para los trabajadores que prestan cuidados a domicilio

En diciembre de 2016, entró en vigor en la Argentina un convenio colectivo sectorial suscrito entre la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA) y la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria. El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social estableció que el convenio colectivo era obligatorio para todas las empresas del país. Se aplica a más de 40 000 trabajadores del sector privado que se dedican a la prestación de cuidados a domicilio. Hasta la fecha, los trabajadores se ven afectados por unos altos niveles de informalidad en sus relaciones de trabajo. El acuerdo determina las horas de trabajo, las horas extraordinarias y la remuneración de las horas extraordinarias de conformidad con la legislación nacional; establece un nivel mínimo de remuneración en períodos de inactividad entre un trabajo y otro que proporciona cierta seguridad de los ingresos, y prevé que las partes deben cumplir la legislación nacional en materia de seguridad y salud. Una característica específica del convenio son las disposiciones relativas a la formación y capacitación profesional, que son financiadas mediante contribuciones especiales de los empleadores. Además, los trabajadores dedicados a la prestación de cuidados a domicilio que cursan estudios secundarios o superiores tienen derecho anualmente a una licencia especial de 10 ó 15 días, respectivamente. Se ha creado una comisión paritaria para supervisar la aplicación del convenio colectivo y considerar y componer los diferendos que puedan suscitarse entre las partes.

(Argentina, convenio colectivo de trabajo núm. 743/16).

Fuente: UNICARE.

⁷³ Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: *Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto*, resumen ejecutivo, Observatorio Europeo de Riesgos, Luxemburgo, 2014.

⁷⁴ Confederación Sindical Internacional (CSI): *Investing in the care economy: A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries*, Bruselas, 2016, disponible en: <http://www.ituc-csi.org>.

⁷⁵ Dong, X. et al.: «Relative Pay of Domestic Eldercare Workers in Shanghai, China», en *Feminist Economics*, 2016, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13545701.2016.1143108>.

⁷⁶ Austen, S. et al.: «Recognition: applications in aged care work», en *Cambridge Journal of Economics*, 2016, vol. 40, págs. 1037-1054, doi:10.1093/cje/bev057, disponible en: <http://cje.oxfordjournals.org/>.

-
75. Además, la aparición de las cooperativas como un tipo de proveedor de cuidados está mejorando las condiciones de trabajo, sobre todo para los trabajadores de la economía informal. Estas cooperativas fomentan la prestación de cuidados integradora, participativa y centrada en las personas, concediendo prioridad a la inclusión equitativa y a la toma de decisiones democrática a lo largo de la cadena de prestación de cuidados, lo que permite a los cuidadores, a los beneficiarios de los cuidados y a sus familias y otras partes interesadas expresar su opinión sobre la naturaleza del servicio prestado y el funcionamiento de la empresa de prestación de cuidados ⁷⁷. En Rwanda, por ejemplo, los trabajadores comunitarios de la salud se han organizado en cooperativas con el apoyo del Ministerio de Salud ⁷⁸.

3. Desarrollo de competencias, educación y formación

76. La educación, la formación profesional y el aprendizaje permanente son fundamentales para la empleabilidad y el empleo productivo, e indispensables para asegurar el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo ⁷⁹. El rápido cambio tecnológico, las transiciones demográficas, los avances epidemiológicos y los progresos científicos exigen el desarrollo continuo del personal sanitario con el fin de atender las necesidades de salud tanto actuales como futuras. La consecución del ODS 3 sobre una vida sana y el bienestar para todos está estrechamente vinculada con el ODS 4, que destaca la importancia de una educación de calidad integradora y equitativa, y la promoción de oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
77. Se reconoce cada vez más que los modelos de educación actuales son inadecuados a la hora de preparar a los trabajadores de la salud para llevar a cabo sus tareas. Un examen realizado por expertos independientes ha puesto de relieve «un desajuste de las competencias con las necesidades de los pacientes y de las poblaciones; la falta de trabajo en equipo; la persistente estratificación de género de la situación profesional; un enfoque técnico limitado sin una comprensión más amplia del contexto; intervenciones episódicas en lugar de cuidados continuos; una orientación hospitalaria predominante a expensas de la atención primaria; desequilibrios cuantitativos y cualitativos en el mercado laboral profesional, y falta de liderazgo para mejorar los resultados del sistema de salud» ⁸⁰. En este examen se insta a establecer un marco de sistemas integradores para la educación de los trabajadores sanitarios, que esté en consonancia con los mercados laborales sanitarios y con las necesidades de salud de la población.
78. La Recomendación sobre el desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente, 2004 (núm. 195), de la OIT, exhorta asimismo a los gobiernos a «asegurar el desarrollo y la consolidación de sistemas de educación y formación profesional que ofrezcan oportunidades adecuadas para el desarrollo y la certificación de las competencias que requiere el mercado de trabajo,» (párrafo 8, f)), y, en cooperación con los

⁷⁷ OIT: *Global Mapping of the Provision of Care through Cooperatives: Survey and Findings*, Ginebra, 2016.

⁷⁸ Condo, J. et al.: «Rwanda's evolving community health worker system: a qualitative assessment of client and provider perspectives», en *Human Resources for Health*, 2014, 12:71, disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/71>.

⁷⁹ OIT: *Una fuerza de trabajo capacitada para un crecimiento sólido, sostenible y equilibrado: Estrategia de formación del G-20*, Ginebra, OIT, 2011.

⁸⁰ Frenk J., et al.: «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world», en *The Lancet*, 2010, vol. 376, núm. 9756, págs. 1923-1958.

interlocutores sociales, a «esforzarse por asegurar el acceso de todos al aprendizaje permanente» (párrafo 4, a)). La educación, la formación y el aprendizaje permanente deberían considerarse tanto un derecho de todos los trabajadores de la salud como una responsabilidad de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores.

79. Un buen sistema para el desarrollo de las competencias debería prever las necesidades en materia de competencias; involucrar a empleadores y trabajadores en las decisiones sobre la organización y la facilitación de formación, incluyendo en sectores específicos; mantener la calidad y pertinencia de la formación; lograr que la formación sea accesible para todos los sectores de la sociedad; garantizar la existencia de mecanismos de financiamiento viables y equitativos, y evaluar continuamente los resultados económicos y sociales de la formación. La participación de los empleadores y de los trabajadores y de las organizaciones que los representan es fundamental para garantizar la pertinencia de la formación y el reparto equitativo de los costos y los beneficios del aumento de la productividad ⁸¹.
80. Los organismos sectoriales de formación pueden ser mecanismos eficaces para asegurar que la educación y la formación se sigan adecuando a las necesidades del mercado de trabajo. Pueden componerse de representantes de las autoridades públicas y del sector privado, interlocutores sociales e institutos de educación, formación profesional e investigación, y se les puede encomendar que determinen o analicen las necesidades en materia de competencias, o que contribuyan a que la educación y formación preparen debidamente a la fuerza de trabajo para desempeñarse en sectores económicos determinados ⁸². Aunque su composición institucional difiere, proporcionan una plataforma de diálogo social sobre el desarrollo de las competencias y la reglamentación en la que participan los interlocutores sociales y las partes interesadas de los sectores de la educación y la salud. En Australia, el Consejo de Competencias del Personal de los Servicios Comunitarios y del Sector de la Salud (*Community Services and Health Industry Skills Council*) analizó la futura demanda de competencias en un entorno en el que las necesidades evolucionan continuamente, por ejemplo para dar respuesta a requisitos más complejos en materia de salud debido al envejecimiento de la población. Las principales tendencias observadas fueron: el mayor alcance de las funciones desempeñadas por los trabajadores de apoyo; la demanda emergente de funciones de coordinación de los cuidados; la continua demanda de desarrollo de las competencias de los trabajadores, en particular para las funciones más avanzadas, y el mayor énfasis en las competencias y conocimientos tecnológicos ⁸³. En Sudáfrica, con el fin de mejorar el acceso a la atención primaria de salud, el Departamento de Salud propuso formar a 45 000 trabajadores comunitarios de la salud hasta 2019 y reglamentar, acreditar e integrar a esta fuerza de trabajo — fundamentalmente informal y con diversos niveles de competencias — en la fuerza de trabajo sanitaria empleada formalmente. La Jefatura Sectorial de Educación y Formación en materia de Seguridad y Bienestar (*Health and Welfare Sector Education and Training Authority*), integrada por representantes gubernamentales, sindicales, de empleadores, de organismos profesionales y de consejos de negociación sectoriales, ha ayudado al Ministerio de Salud a desarrollar nuevos niveles de calificaciones para los trabajadores comunitarios de la salud. En este proceso han surgido varias dificultades, entre las que se cuentan las incertidumbres relativas al ámbito de trabajo,

⁸¹ OIT: *Una fuerza de trabajo capacitada para un crecimiento sólido, sostenible y equilibrado: Estrategia de formación del G-20*, op. cit., pág. 2.

⁸² Lempinen P.: *Sector Skill Councils. What? Why? How? Contributing to better VET Relevance to the Labour Market Needs*, Turín, Fundación Europea de Formación, 2013.

⁸³ Community Services and Health Industry Skills Council (CS&HISC): *2015 Environmental Scan – Building a healthy future: Skills, planning and enterprise*, Sidney, 2015.

las funciones y responsabilidades y los niveles de educación apropiados de los trabajadores comunitarios de la salud, así como sus condiciones de empleo y de trabajo ⁸⁴.

- 81.** La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico ha recomendado que se desarrolle «una educación y una formación a lo largo de toda la vida transformadoras y de gran calidad, de modo que todo el personal de la salud posea competencias que satisfagan las necesidades sanitarias de la población y pueda desplegar todo su potencial» ⁸⁵. Para afrontar los retos que se planteen, se necesita una colaboración que favorezca la integración y estrategias coherentes de desarrollo de la fuerza de trabajo en los sectores de la educación y la salud. La educación y la formación deben centrarse en la práctica y adaptarse a las necesidades del sistema de salud.
- 82.** La reorganización de los ámbitos de práctica con el fin de optimizar la combinación de competencias, a lo que a menudo se hace referencia como «transferencia de tareas», puede mejorar el acceso a los servicios. Sin embargo, al ampliar el ámbito de práctica, es importante redefinir al mismo tiempo las responsabilidades legales iniciales de los empleadores y de los trabajadores, por ejemplo en caso de error médico. Es preciso impartir formación apropiada a los trabajadores sanitarios con el fin de que puedan realizar nuevas tareas. La Recomendación núm. 157 de la OIT prevé que la legislación relativa al ejercicio de la profesión de enfermería debería «precisar las condiciones que deben reunir el personal enfermero profesional y el personal enfermero auxiliar para tener derecho al ejercicio de la profesión». Dispone asimismo que «El personal de enfermería no debería ser empleado en funciones que excedan de sus calificaciones y capacidades» (párrafos 13, *a*), y 15, 1)). Los sistemas de reconocimiento de las calificaciones son importantes para que las competencias se correspondan con las tareas, especialmente en caso de movilidad profesional y geográfica, y cuando las competencias se hayan obtenido al margen de los sistemas de educación formal, por ejemplo, mediante la formación en el empleo ⁸⁶. En muchos países, el sector privado está desempeñando una función cada vez más importante en la educación de los trabajadores de la salud. Es indispensable reglamentar la educación pública y privada para disponer de normas que garanticen la calidad y la armonización de la enseñanza con los objetivos públicos. El Convenio núm. 149 de la OIT prevé que «las exigencias básicas en materia de instrucción y de formación de personal de enfermería y la supervisión de esta instrucción y de esta formación deberán ser previstas por la legislación nacional, o por las autoridades o los organismos profesionales competentes, habilitados al efecto por la legislación nacional» (artículo 3, 1)).
- 83.** Se reconoce ampliamente la importancia de la educación continua, del aprendizaje permanente y del desarrollo profesional de los trabajadores de la salud. La Recomendación núm. 195 de la OIT define el aprendizaje permanente como «todas las actividades de aprendizaje realizadas a lo largo de la vida con el fin de desarrollar las competencias y cualificaciones» (párrafo 2, *a*)).
- 84.** Si bien algunos países fomentan la formación continua periódica, en particular para el personal médico en ejercicio, la mayoría carece de requisitos normativos formales. Por

⁸⁴ Health and Welfare Sector Education and Training Authority (HWSETA): *Sector Skills Plan Update for the Health and Social Development Sector in South Africa: HWSETA SSSP Update 2014-15 for the period 2015-20*, Johannesburgo, 2014, disponible en: <http://www.hwseta.org.za>.

⁸⁵ Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico: *Working for health and growth: Investing in the health workforce*, op. cit., pág. 11.

⁸⁶ Braňka J.: *Understanding the potential impact of skills recognition systems on labour markets: Research report*, Ginebra, OIT, 2016.

ejemplo, desde 2005, Singapur ha hecho obligatoria la formación continua de todos los profesionales de la medicina para el mantenimiento de sus licencias ⁸⁷. La Autoridad de Salud de Abu Dhabi exige al personal médico al menos 50 horas de formación continua al año, 25 de las cuales deben tener lugar en el marco de una capacitación formal impartida por una escuela médica acreditada o por un organismo profesional, con el fin de renovar su licencia ⁸⁸. Sin embargo, sigue sin haber pruebas concluyentes de que la formación continua obligatoria para la renovación de licencias se traduzca en mejores resultados en materia de salud.

4. Condiciones de trabajo

- 85.** La reglamentación de las condiciones de trabajo en ámbitos como el tiempo de trabajo, la seguridad y salud en el trabajo (SST) y la protección de la maternidad es fundamental para la protección efectiva e incluyente de los trabajadores. Dado que el sector de la salud se ve obligado a competir cada vez más con otros sectores de la economía con el fin de atraer a trabajadores calificados, un entorno de trabajo atractivo se convierte en un factor competitivo fundamental para los proveedores de atención de salud.
- 86.** Este capítulo se centra en aspectos importantes de las condiciones de trabajo, incluidos el tiempo de trabajo, la seguridad y la salud, la protección social y el impacto de las tecnologías.

4.1. Organización del tiempo de trabajo y sus efectos en el sector de la salud

- 87.** La OIT preconiza el tiempo de trabajo decente como un elemento para mejorar las condiciones de trabajo, mediante la conciliación de las necesidades de los trabajadores con los requisitos normativos. El tiempo de trabajo decente se describe como una organización del tiempo de trabajo que promueve la seguridad y la salud; fomenta la igualdad de género; es compatible con la vida familiar; aumenta la productividad y mejora los resultados de las empresas del sector, y facilita la elección y la influencia del trabajador con respecto a su horario de trabajo ⁸⁹.
- 88.** En el sector de la salud, la organización del tiempo de trabajo afecta la seguridad y la salud de los trabajadores y su motivación, y el desempeño institucional en términos de los resultados en los pacientes. La complejidad de un sector que debe garantizar la prestación de servicios las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana plantea enormes desafíos tanto para el bienestar de los trabajadores como para el desempeño institucional.
- 89.** El trabajo por turnos, incluido el trabajo nocturno, combinado con largas jornadas de trabajo diarias y semanales, son prácticas habituales en el sector de los servicios de salud en todo el mundo. Además, los considerables déficits de personal suelen compensarse con horas

⁸⁷ Consejo Médico de Singapur: *Information for registered doctors: Continuing medical education*, 2011, disponible en: http://www.healthprofessionals.gov.sg/content/hprof/smc/en/leftnav/information_for_registereddoctors/continuing_medical_education.html.

⁸⁸ Autoridad de Salud de Abu Dhabi (HAAD): *Continuing Medical Education Guide*, 2014, disponible en: <https://www.haad.ae/cme/>.

⁸⁹ OIT: *Tiempo de trabajo decente: El equilibrio entre las necesidades del trabajador con las exigencias de los negocios*, Programa sobre las Condiciones de Trabajo y Empleo (TRAVAIL), Ginebra, 2007.

extraordinarias, por lo que se ejerce mayor presión sobre el personal existente, al aumentar la duración de los turnos y reducirse el tiempo de descanso entre los mismos. Existen numerosas pruebas del impacto negativo de las horas de trabajo excesivas en la salud de los trabajadores sanitarios, en su vida familiar y en la calidad de los cuidados y la seguridad en el lugar de trabajo ⁹⁰.

90. Así pues, la conciliación del bienestar de los trabajadores, incluido el equilibrio entre la vida laboral y la vida privada, con el cumplimiento de los objetivos de las empresas de salud constituye un reto complejo, pero fundamental, para el sector.

4.1.1. Orientación normativa

91. El tiempo de trabajo ha sido un tema de gran interés para la OIT desde su creación, en 1919. La primera norma adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo, a saber, el Convenio sobre las horas de trabajo (industria), 1919 (núm. 1), estableció principios fundamentales relativos a la limitación de las horas de trabajo diarias y semanales. Desde entonces, muchas normas han abordado diversos aspectos del tiempo de trabajo, incluido el descanso semanal y las vacaciones anuales pagadas. Sin embargo, no todas las normas generales sobre el tiempo de trabajo se aplican a los trabajadores de la salud.
92. Por lo referente al personal de enfermería, el Convenio núm. 149 contiene disposiciones sucintas sobre el tiempo de trabajo. Exige a los Estados ratificantes que aseguren que el personal de enfermería goce de condiciones al menos equivalentes a las de los demás trabajadores en lo que respecta a las horas de trabajo, las horas incómodas y penosas y el trabajo por turnos; el descanso semanal y las vacaciones anuales pagadas. La Recomendación núm. 157 proporciona orientación sobre cuestiones tales como el servicio de guardia, las horas extraordinarias o el trabajo por turnos. Prevé que: «La duración normal del trabajo debería ser continua y no exceder de ocho horas diarias, salvo en los casos en que la legislación, los contratos colectivos, los reglamentos de empresa o los laudos arbitrales establezcan horarios flexibles o la semana de horario intensivo.». Una jornada de trabajo normal no debería ser superior a doce horas, incluidas las horas extraordinarias, y debería haber un período de descanso ininterrumpido de doce horas como mínimo entre un turno y otro ⁹¹.
93. Algunas normas proporcionan orientación sobre los principios de organización del tiempo de trabajo que son pertinentes para el sector de la salud, siempre que se apliquen a nivel nacional a todos los grupos profesionales y sectores. Entre ellas se cuentan las siguientes:
- Convenio sobre el descanso semanal (comercio y oficinas), 1957 (núm. 106);
 - Convenio sobre las vacaciones pagadas (revisado), 1970 (núm. 132);
 - Convenio sobre el trabajo nocturno, 1990 (núm. 171), y
 - Convenio sobre el trabajo a tiempo parcial, 1994 (núm. 175).
94. El Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (núm. 156), también es importante de cara al tiempo de trabajo en los casos en que la fuerza de trabajo es fundamentalmente femenina, y prevé la igualdad de oportunidades al satisfacer las necesidades de los trabajadores derivadas de sus responsabilidades familiares.

⁹⁰ Tucker, P. y Folkard, S.: *Working time, health and safety: A research synthesis paper*, Ginebra, OIT, 2012.

⁹¹ Recomendación núm. 157, párrafos 33, 37 y 38.

4.1.2. Horas reales de trabajo y sistemas de turnos

95. En muchos países, la legislación laboral nacional regula los principios básicos sobre el tiempo de trabajo. En el Brasil, República de Corea, Japón y Sudáfrica, por ejemplo, la jornada de trabajo normal se limita a ocho horas, y la semana de trabajo normal oscila entre 40 y 45 horas ⁹². En la UE, la Directiva relativa a la ordenación del tiempo de trabajo, de 2003 ⁹³, establece el límite de 48 horas semanales, incluidas las horas extraordinarias, promediado sobre la base de un período de referencia que no exceda de cuatro meses, y que, en determinadas condiciones (por ejemplo, en el caso de un convenio colectivo) puede extenderse a un año como máximo. Prevé un período mínimo de descanso diario de 11 horas. Puede promediarse un descanso semanal de 35 horas durante un período de dos semanas. Sin embargo, la Directiva establece una serie de excepciones concretas en lo que respecta a los servicios de salud, incluido el personal médico en período de formación ⁹⁴.
96. Existen pruebas de que la mayoría de los centros de salud funcionan sobre la base de una organización del tiempo de trabajo que suele exceder los límites legales en sus países específicos. Existe un vínculo entre las largas jornadas de trabajo y el déficit de personal en los casos en que los trabajadores presentes deben colmar las lagunas existentes para asegurar la continuidad de los servicios, lo que conduce a un exceso de horas extraordinarias. Este problema es particularmente crítico en las áreas rurales y remotas, donde los trabajadores sanitarios son escasos. Además, existe una conexión entre las largas jornadas de trabajo y la baja remuneración, que obliga a muchos trabajadores de la salud a hacer turnos extraordinarios o realizar múltiples trabajos para complementar sus ingresos ⁹⁵.
97. La organización del tiempo de trabajo difiere entre los países y dentro de los mismos, y entre los diferentes tipos de servicios de salud. Incluye, en diferentes combinaciones: el trabajo diario fijo (seis u ocho horas); los turnos rotativos; el sistema de tres turnos de ocho horas; el sistema de dos turnos de doce horas; las jornadas partidas y la semana de trabajo intensiva. Asimismo, el trabajo por turnos, incluido el trabajo nocturno y el trabajo durante el fin de semana, suele ir acompañado de largos períodos de servicio de guardia ⁹⁶. Las tendencias apuntan a la utilización de sistemas de tiempo de trabajo flexible, como los regímenes de tiempo flexible; los sistemas de capitalización del tiempo de trabajo; los horarios diferenciados a lo largo del año; las horas calculadas anualmente; los horarios dispares; el trabajo compartido, y la jornada de tiempo parcial ⁹⁷. Estos sistemas tienen por objeto conciliar la necesidad de los trabajadores de hallar un equilibrio entre la vida laboral y la vida privada con la necesidad de los servicios de salud de asegurar la continuidad de los servicios y de prestar cuidados en momentos de máxima actividad. Para que los sistemas de

⁹² Messenger, J. y Vidal, P.: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

⁹³ Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de noviembre de 2003 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, *Diario Oficial* de la Unión Europea, L 299, vol. 46, 18 de noviembre de 2003, págs. 9-19, disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0088&from=ES>.

⁹⁴ *Ibíd.*

⁹⁵ Messenger, J. y Vidal, P.: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

⁹⁶ *Ibíd.*

⁹⁷ Confederación Europea de Sindicatos: «El tiempo de trabajo en el sector de la sanidad en Europa», ficha informativa (sin fecha).

tiempo de trabajo flexible sean eficaces, deben asegurar que los trabajadores elijan sus horarios de trabajo e influyan en ellos.

- 98.** En el informe de la OIT de 1998 sobre el sector de la salud ya se indicó una tendencia a pasar del sistema de tres turnos (turnos de ocho horas) al sistema de dos turnos (turnos de 12 horas), como una de las consecuencias de las reformas del sector de la salud que se introdujeron con miras a aumentar la eficiencia⁹⁸. La prevalencia general de los turnos de 12 horas en el sector ha aumentado desde entonces. Por ejemplo, en un análisis de los turnos del personal de enfermería en Europa llevado a cabo en 2014 se concluyó que, si bien se han convertido en la norma en pocos países, este tipo de turnos se aplica en todos los países estudiados⁹⁹. En Sudáfrica, un estudio concluyó que los turnos de doce horas se han convertido en la norma en el sector tanto público como privado en el ámbito de la enfermería hospitalaria¹⁰⁰. Una encuesta realizada por la Federación de Sindicatos de Trabajadores Médicos del Japón puso de relieve que la utilización del sistema de dos turnos había aumentado, al pasar del 7,7 por ciento en 2000 al 32,1 por ciento en 2015. Casi la mitad de los encuestados señaló que había trabajado en turnos de noche de 16 horas en 2015¹⁰¹, a lo que se suma el problema de la reducción del tiempo de descanso entre un turno y el siguiente. Esto puede conducir a que los trabajadores sanitarios opten por turnos largos y por semanas de horario intensivo con el fin de ahorrar tiempo de desplazamiento.

4.1.3. Efectos en los trabajadores y en el desempeño institucional

- 99.** Las largas jornadas laborales, el trabajo por turnos y el trabajo nocturno están contemplados específicamente en la legislación nacional e internacional por razones normativas, debido al perjuicio que causan en la salud de los trabajadores¹⁰². Los efectos en la salud de los trabajadores son, entre otros, una mayor fatiga emocional y mental, la perturbación del ritmo de sueño como consecuencia del trabajo por turnos y diversas enfermedades como los trastornos del sistema osteomuscular y la depresión. Además, estos efectos en la salud se asocian con una mayor incidencia de heridas causadas por instrumentos cortantes y punzantes, incomodidad física y accidentes¹⁰³. Los estudios indican asimismo que el trabajo por turnos, que conlleva una alteración del ritmo circadiano, probablemente sea cancerígeno

⁹⁸ OIT: *Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud*, op. cit., págs. 60-62.

⁹⁹ Peter Griffiths, R. N. et al.: «Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety», en *Medical Care*, noviembre de 2014, vol. 52(11), págs. 975-981.

¹⁰⁰ Kisting, S., Dalvie, A. y Lewis, P.: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, op. cit.

¹⁰¹ Shimizu, A.: *Resultados de la encuesta sobre el trabajo nocturno, 2015*, presentación en el Coloquio Internacional Nihon-Iroren sobre la mejora del trabajo nocturno por turnos del personal de enfermería, Tokio, 6 de septiembre de 2016 (en inglés).

¹⁰² Tucker, P. y Folkard, S.: *Working Time, Health and Safety: A Research Synthesis Paper*, op. cit.

¹⁰³ Messenger, J. y Vidal, P.: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

para las personas ¹⁰⁴. La menor capacidad para hacer frente a la carga de trabajo y el estrés crónico, ambos relacionados con la fatiga, pueden conducir a la insatisfacción laboral, el agotamiento, el absentismo, una mayor rotación del personal y una prestación de servicios deficiente, incluidos errores médicos, lo que a su vez puede traducirse en resultados adversos para los pacientes ^{105 y 106}.

100. El tiempo de trabajo de los trabajadores sanitarios tiene consecuencias tanto en su vida familiar como en su tiempo de ocio. Además de la dificultad de programar los turnos para que sean compatibles con las responsabilidades familiares, los trabajadores sanitarios consideran a menudo que la fatiga crónica rebaja la calidad de su vida familiar y social. Asimismo, los largos desplazamientos entre el domicilio y el lugar de trabajo, las carencias del sistema de transporte y la falta de servicios de cuidado de niños complican la conciliación del trabajo con la vida familiar y social. Las mujeres y las familias monoparentales en particular estiman que los horarios de trabajo que entran en conflicto con sus responsabilidades familiares les distancian de sus hijos, cuyo cuidado se delega con frecuencia a familiares o a personas contratadas a tal efecto ¹⁰⁷.
101. Para los empleadores, las dificultades a las que se enfrentan sus trabajadores a la hora de conciliar sus horarios de trabajo con sus necesidades de cuidado infantil pueden dar lugar a un incremento del trabajo a tiempo parcial, especialmente entre las mujeres, o aumentar el riesgo de absentismo. En Sudáfrica, se ha observado que el absentismo del personal de enfermería aumenta durante las vacaciones escolares, cuando cierran las escuelas y los centros de cuidado infantil, lo cual está relacionado evidentemente con sus horarios de trabajo ¹⁰⁸. En el Reino Unido, un estudio concluyó que el 42 por ciento de las mujeres médicas no trabajaban a tiempo completo, en particular las que tenían hijos, mientras que tener hijos no tenía efectos directos en los patrones de trabajo de los hombres médicos ¹⁰⁹.

¹⁰⁴ OMS – Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC): *Painting, Firefighting, and Shift work*, IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (Monografías del CIIC sobre la evaluación de los riesgos cancerígenos para las personas), 2010, vol. 98.

¹⁰⁵ Dall’Ora, C. et al.: «Association of 12h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries», en *BMJ Open*, 2015, vol. 5, 9 de marzo de 2016.

¹⁰⁶ Matos de Oliveira, A. L.: *Brazil: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, Departamento de Políticas Sectoriales, documento de trabajo núm. 308, Ginebra, OIT, 2015.

¹⁰⁷ Kisting, S., Dalvie, A. y Lewis, P.: *South Africa: Case study on working time organization and its effects in the health services sector*, op. cit.

¹⁰⁸ *Ibíd.*

¹⁰⁹ Lachish, S. et al.: «Factors associated with less-than-full-time working in medical practice: results of surveys of five cohorts of UK doctors, 10 years after graduation», en *Human Resources for Health*, 2016, 14:62, disponible en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0162-3>.

4.2. Seguridad y salud del personal sanitario

4.2.1. Breve reseña

102. Los trabajadores del sector de la salud se enfrentan a una serie de riesgos profesionales asociados con riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. En la UE, en comparación con los demás sectores, el personal sanitario registra la cuarta tasa más alta de problemas de salud relacionados con el trabajo y es el que más se expone a riesgos biológicos y químicos, al estrés laboral, a la violencia y al acoso ¹¹⁰.
103. A los trabajadores sanitarios les preocupan en particular las heridas provocadas por instrumentos cortantes y punzantes como fuentes de infección de hepatitis B y C y por el VIH. En 2003, la OMS estimó que 3 millones de trabajadores sanitarios se exponían anualmente a este tipo de heridas en el trabajo, y que el 37 por ciento de todos los nuevos casos de hepatitis B, el 39 por ciento de los nuevos casos de hepatitis C y cerca del 5,5 por ciento de los nuevos casos de VIH entre el personal de la salud se atribuían a exposiciones accidentales en el trabajo ¹¹¹. La gran diversidad de riesgos profesionales en el trabajo sanitario exige que se preste especial atención a la protección de las mujeres embarazadas y a la salud reproductiva de los hombres y mujeres que trabajan. Si bien en la mayoría de los servicios de salud se tienen debidamente en cuenta la prevención y el control de la infección con miras a garantizar la seguridad del paciente, el aspecto de la SST para los trabajadores sanitarios suele descuidarse. Los estudios realizados en todas las regiones muestran que la falta de atención a las cuestiones de SST influye negativamente en la retención de los profesionales de la salud.
104. Las secciones que figuran a continuación ilustran cuestiones específicas de SST en el sector y su impacto tanto en el personal sanitario como en los pacientes.

4.2.2. El caso del brote de la enfermedad por el virus del Ébola en 2014

105. Durante la crisis de ébola en África Occidental, las tasas de infección y de mortalidad entre los trabajadores nacionales de salud y de emergencia fueron sumamente elevadas y, en octubre de 2015, la OMS notificó 881 casos confirmados o probables de trabajadores sanitarios infectados por el virus, 513 de los cuales habían fallecido ¹¹². Una encuesta realizada en agosto de 2014 por la Internacional de Servicios Públicos (ISP) en Guinea, Liberia, Sierra Leona y la vecina Nigeria reveló que el personal sanitario de la región se enfrentaba a los brotes sucesivos de ébola sin prácticamente ninguno de los equipos y productos necesarios para prevenir la transmisión, aplicar las precauciones universales o protegerse a sí mismos de la enfermedad. Las respuestas también pusieron de manifiesto que los trabajadores sanitarios se enfrentaban a la administración deficiente de sus servicios, así

¹¹⁰ Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo: *Cuestiones actuales y emergentes en el sector de la asistencia sanitaria, incluida la asistencia domiciliaria y en régimen abierto*, op. cit.

¹¹¹ OMS: *Guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings*, Ginebra, 2016.

¹¹² OMS: *Ebola situation report*, 21 de octubre de 2015, disponible en: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-21-october-2015>.

como a la falta general de recursos ¹¹³. Confirmando estas conclusiones, la OMS indicó que, al principio del brote, el riesgo de infección del personal de la salud era entre 21 y 32 veces superior al de la población general, debido a la falta de equipo de protección personal, productos de higiene, prevención y control de la infección y gestión de la SST. Una vez establecidas dichas medidas, la tasa de infección entre los trabajadores sanitarios disminuyó considerablemente ¹¹⁴. En particular, los trabajadores de la salud de primera línea se exponían indebidamente al riesgo de infección debido a la inexistencia de medidas de SST y de equipo de protección. Como consecuencia del temor y de los rumores existentes, los trabajadores de los servicios de salud fueron objeto de desconfianza, estigmatización y discriminación tanto durante el brote como después del mismo, e incluso fueron agredidos en varias ocasiones.

4.2.3. Violencia en el trabajo y en contextos de emergencia humanitaria

- 106.** La violencia, incluido el acoso, que varía desde el abuso verbal hasta la agresión física, es infligida a los trabajadores sanitarios por sus propios colegas de trabajo, la jerarquía del centro de salud, los pacientes y los familiares de los pacientes. Tiene una alta prevalencia en el sector, tanto en los países desarrollados como en desarrollo ¹¹⁵. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de violencia de los pacientes contra los trabajadores es 16 veces más elevada que la registrada en cualquier otra profesión del sector de los servicios, y los riesgos son incluso mayores para las personas que trabajan en entornos de atención no institucionales ¹¹⁶. En Rwanda, un estudio realizado en 2007 mostró que el 39 por ciento de los trabajadores de la salud había experimentado alguna forma de violencia en su lugar de trabajo el año anterior ¹¹⁷. Estudios previos indicaron que un elevado porcentaje de los trabajadores de la salud encuestados habían sido objeto de violencia física o psicológica, especialmente en Bulgaria (75,8 por ciento), Australia (67,2 por ciento), Sudáfrica (61 por ciento), Portugal (entre el 37 y el 60 por ciento), Tailandia (54 por ciento) y Brasil (46,7 por ciento) ¹¹⁸.

¹¹³ Frank, O.: «Les travailleurs du secteur public de la santé au cœur de la crise Ebola», en *Travail Décent*, Magazine trimestriel d'information sur le Travail décent en Afrique de l'Ouest, vol. 1, núm. 3, diciembre de 2015, Dakar, OIT, disponible en: http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/travail_decent-ebola.pdf.

¹¹⁴ OMS: *Health workers Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone – A preliminary report*, Ginebra, 2015, disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf.

¹¹⁵ Needham, I. et al. (editores): *Violence in the Health Sector. Proceedings of the Fourth International Conference on Violence in the Health Sector: Towards safety, security and wellbeing for all*, Cuarta Conferencia Internacional sobre Violencia en el Sector Sanitario, Miami, 22-24 de octubre de 2014. Amsterdam, Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, 2014.

¹¹⁶ OIT: *Documento de base para el debate de la Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo*, Ginebra, 3-6 de octubre de 2016.

¹¹⁷ Newman, C. J. et al: «Workplace violence and gender discrimination in Rwanda's health workforce: Increasing safety and gender equality», en *Human Resources for Health*, 2011, 9:19, doi:10.1186/1478-4491-9-19.

¹¹⁸ Di Martino, V.: *Workplace violence in the health sector: Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study*, informe resumido, Ginebra, OIT, CIE, OMS e ISP, 2002.

107. El personal sanitario sufre cada vez más agresiones en las situaciones de conflicto y de emergencia. Entre 2008 y 2010, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) notificó 655 incidentes violentos en entornos de atención de salud en 16 países, que se habían saldado con la muerte de 68 trabajadores sanitarios y la lesión de 98, y con la muerte y la lesión de cientos de pacientes ¹¹⁹. Entre 2012 y 2014, se había asesinado a 87 trabajadores de la salud y se había herido a 202 en 11 países. Los trabajadores de la salud también eran objeto de rapto, amenazas, arresto, robo, denegación del paso, violencia sexual y tortura, desaparición forzada o acoso en general ¹²⁰. Los ataques deliberados contra los centros de salud han sido objeto de gran atención, ya que constituyen una violación del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario ¹²¹.

4.2.4. Efectos de los niveles de dotación de personal en los trabajadores sanitarios y en la seguridad de los pacientes

108. Los niveles de dotación de personal hacen referencia a la proporción de pacientes con respecto a los trabajadores sanitarios. La SST depende de la carga de trabajo de los trabajadores; cuantos más pacientes deba atender un trabajador de la salud, mayor será la intensidad de trabajo, lo que puede aumentar el riesgo de accidentes y de estrés laboral y, por consiguiente, de lesiones y enfermedades del personal de la salud, incluidos la fatiga y el agotamiento. En última instancia, la falta de personal también tiene un impacto en la seguridad del paciente y en la calidad de los cuidados en términos de una mayor morbilidad y mortalidad, mediadas por factores como la no prestación de cuidados, rescates fallidos, errores de medicación o infección de heridas ¹²², ¹²³ y ¹²⁴. Los niveles de dotación de personal también tienen efectos en la satisfacción en el trabajo, por lo que hallar un equilibrio entre el costo de personal y la satisfacción laboral constituye un importante desafío para el personal directivo: si se reduce demasiado la plantilla es posible que aumenten los costos de rotación del personal y que disminuya la calidad de los cuidados.
109. En los hospitales, se ha demostrado que una proporción de pacientes debidamente adaptada al número de trabajadores sanitarios, o cuota de pacientes, mejora las condiciones de trabajo y los resultados en materia de salud para los pacientes ¹²⁵. La expresión emergente «safe staffing» (niveles seguros de dotación de personal) hace referencia tanto a la seguridad de los pacientes como al bienestar de la fuerza de trabajo. En Australia, la introducción de

¹¹⁹ CICR: *Health Care in Danger: A sixteen-country study*, Ginebra, 2011.

¹²⁰ CICR: *Health care in danger – Violent incidents affecting the delivery of health care*, enero de 2012 – diciembre de 2014, tercer informe provisional, Ginebra, 2015.

¹²¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH): *Attacks on Medical Units in International Humanitarian and Human Rights Law*, Ginebra, septiembre de 2016.

¹²² Poghosyan, L. et al.: «Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries», en *Research in Nursing and Health*, 2010, vol. 33, págs. 288-298.

¹²³ Zhu, X. W. et al.: «Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes: A multisite study in Chinese hospitals», en *Journal of Nursing Scholarship*, 2012, vol. 44, 3), págs. 266-273.

¹²⁴ Aiken, L. H. et al.: «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study», *op. cit.*

¹²⁵ Aiken, L. H. et al.: «Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States», *op. cit.*

coeficientes de pacientes por enfermero en 1998 ha dado resultados positivos. Los coeficientes varían de un hospital a otro, en función de los niveles de gravedad de los pacientes. Se revisan cada tres años por conducto de la negociación colectiva. Las principales características de estos coeficientes son su transparencia y la eficacia de sus procedimientos de resolución de conflictos ¹²⁶. Los estudios indican que las soluciones institucionales locales a las necesidades en materia de dotación de personal y de combinación de competencias son muy eficientes. La utilización segura y efectiva de diferentes categorías de personal en un equipo puede liberar tiempo clínico, contribuyendo a mejorar los resultados para los pacientes, el acceso de los clientes a los servicios y la retención del personal ¹²⁷.

4.2.5. Protección de la seguridad y salud en el trabajo

110. La protección efectiva contra los riesgos de SST para los trabajadores sanitarios depende de la aplicación de las normas de SST a nivel mundial, nacional y del lugar de trabajo, lo que a su vez requiere una firme voluntad política y una buena gobernanza que cuente con la participación de todas las partes interesadas.
111. Diversos instrumentos de la OIT establecen principios generales para la SST (véase el recuadro 4.1). Otros abordan la SST en sectores específicos o en relación con riesgos particulares. En lo que respecta al personal de enfermería, el Convenio núm. 149 prevé que: «Todo Miembro deberá esforzarse, si fuere necesario, por mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad del trabajo adaptándolas a las características particulares del trabajo del personal de enfermería y del medio en que éste se realiza.» (artículo 7).

Recuadro 4.1
Normas internacionales del trabajo sobre la SST
■ Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155)
■ Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161)
■ Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187)

112. Entre los instrumentos internacionales concebidos para abordar los riesgos particulares a los que se exponen los trabajadores de la salud figuran los siguientes:
 - *Directrices de política conjuntas OMS/OIT/ONUSIDA sobre la mejora del acceso de los trabajadores sanitarios a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y la tuberculosis* (y la Nota de orientación), 2010;
 - *Directrices mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA*, 2005, y
 - *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*, 2002, elaboradas conjuntamente por la OIT, la CIE, la OMS y la ISP.

¹²⁶ Australian Nursing and Midwifery Federation (Federación Australiana de Enfermería y Partería) (ANMF): *Improvements after the implementation of nurse to patient ratio*, presentación en el Coloquio Internacional Nihon-Iroren sobre el trabajo nocturno por turnos del personal de enfermería, Tokio, 6 de septiembre de 2016.

¹²⁷ Health Workforce Australia: *Nursing workforce sustainability: Improving nurse retention and productivity*, Canberra, Commonwealth de Australia, 2014, disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/nursing-workforce-sustainability-improving-nurse-retention-and-productivity>.

-
- 113.** Apenas existe información comparativa sobre la aplicación de la legislación general sobre SST en el sector de la salud a nivel nacional. En un estudio reciente realizado en seis países en desarrollo sobre las leyes en materia de SST (la República Dominicana, Kenya, Malí, Namibia, Senegal y Uganda) se pusieron de relieve deficiencias en su aplicación, y se detectó una serie de factores coadyuvantes, entre ellos la falta de formación, la necesidad de revisar y actualizar la legislación, y la necesidad general de conceder una mayor prioridad presupuestaria a controlar y garantizar su cumplimiento ¹²⁸. El fortalecimiento de la capacidad de la inspección del trabajo es esencial para el cumplimiento de las normas nacionales en el lugar de trabajo.
- 114.** La OIT ha elaborado las directrices relativas a los sistemas de gestión de la SST conformemente a principios acordados a escala internacional, definidos por los mandantes tripartitos de la Organización ¹²⁹. Aunque estas directrices no son específicas del sector de la salud, proporcionan orientación sobre el establecimiento de sistemas integrales de gestión de la SST para la prevención y protección sostenibles. Otros instrumentos son las guías de formación sobre la evaluación de los riesgos y un instrumento de auditoría concebido para identificar los puntos fuertes y débiles del sistema de gestión de la SST de una organización, así como las oportunidades de mejora ¹³⁰.
- 115.** Un ejemplo de diálogo social al elaborar normas de SST es la Directiva 2010/32/UE, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por la Asociación Europea de los Empresarios del Sector Hospitalario y Sanitario (HOSPEEM) y la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP), en 2009 ¹³¹.
- 116.** La educación y la formación también son primordiales para aumentar la capacidad de los trabajadores y del personal directivo del sector de la salud en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo. La guía «HealthWISE – Work Improvement in health services», elaborada conjuntamente por la OIT y la OMS, es un instrumento práctico y participativo para la mejora de la calidad destinado a los centros de salud, que alienta a los trabajadores y al personal directivo a concertar esfuerzos con el fin de mejorar los lugares de trabajo y las prácticas utilizando soluciones locales y de bajo costo, combinando el aprendizaje con la adopción de medidas, y promoviendo al mismo tiempo el diálogo social. Se centra en temas de SST, en la gestión del personal y en la salud medioambiental ¹³².

¹²⁸ Fitzgerald, A.: *Occupational Safety & Health Survey: Results from Six Country Programs*, Chapel Hill, IntraHealth, 2014.

¹²⁹ OIT: *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (ILO-OSH 2001)*, segunda edición, Ginebra, 2009.

¹³⁰ OIT: *Sistema de gestión de la SST: una herramienta para la mejora continua*, Ginebra, 2011; OIT: *Audit Matrix for the ILO Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems (ILO-OSH 2001)*, Ginebra, 2013, disponible en: <http://www.ilo.org/safework/areasofwork/occupational-safety-and-health-management-systems/lang-es/index.htm>.

¹³¹ Directiva 2010/32/UE del Consejo de 10 de mayo de 2010 que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU, disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0032&from=EN>.

¹³² OIT/OMS: *HealthWISE – Action Manual: Work Improvement in health services y HealthWISE Trainers Guide: Work Improvement in health services*, Ginebra, 2014.

4.3. Protección social

- 117.** La protección de los trabajadores y la seguridad social son complementarias, y juntas proporcionan la protección que necesitan los trabajadores y sus familias ¹³³. Los trabajadores sanitarios, al igual que otros trabajadores, tienen derecho a protección social. En el sector de la salud, la seguridad de los ingresos, además de favorecer la seguridad y la salud en el trabajo, es importante en muchos aspectos. En caso de desempleo, se debería conceder a los trabajadores una seguridad de los ingresos suficiente para garantizar un nivel decente de vida y de salud tanto para sí mismos como para sus familias. En vista de los diversos peligros para la SST en el sector, es importante prever una indemnización financiera adecuada por la pérdida de ingresos y por el costo del tratamiento en el caso de accidentes mortales, lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Las trabajadoras de la salud que están embarazadas o en período de lactancia requieren una protección efectiva de la maternidad, incluida una protección contra la terminación del empleo o contra la pérdida de ingresos durante la licencia por maternidad, así como el acceso a unos servicios y una atención de salud materna de calidad. Con arreglo a una serie de convenios internacionales, también se debería conceder a los trabajadores de la salud prestaciones de seguridad social adecuadas que garanticen el mantenimiento y la seguridad de los ingresos en la vejez.
- 118.** Además, la Recomendación núm. 157 prevé que el personal de enfermería debería recibir protección en materia de seguridad social por lo menos equivalente a la de otras personas empleadas en el servicio público o en el sector privado, teniendo en cuenta la naturaleza especial de las actividades que ejerce. La legislación nacional debería contemplar la indemnización por cualquier enfermedad que contraiga el personal de enfermería como consecuencia de su trabajo. Esto requiere el reconocimiento de las enfermedades profesionales relacionadas con el trabajo en los servicios de salud.

4.4. Impacto de las nuevas tecnologías

- 119.** Las innovaciones tecnológicas están cambiando radicalmente la manera en que el trabajo se organiza y lleva a cabo en el sector de la salud; se prevé que, para 2020, las pérdidas netas de empleos a nivel mundial superarán los 5 millones ¹³⁴. Todo apunta a que el número de profesiones de la salud se mantendrá estable ¹³⁵. Las nuevas tecnologías de la atención de salud están reestructurando la organización del trabajo y están teniendo un impacto en las tareas, así como en los requisitos en materia de competencias. La innovación y la tecnología pueden ayudar a hacer frente a desafíos tales como la creciente demanda, y mejorar la calidad de los cuidados, de modo que los pacientes estén mejor informados y participen más activamente en sus propios cuidados. Se ha observado que la utilización de las redes sociales, por ejemplo, mejora el empoderamiento de los pacientes a través de un mayor acceso a la información y al apoyo social, lo que conduce a una mejor comunicación entre los pacientes

¹³³ OIT: *Resolución relativa a la discusión recurrente sobre la protección social (protección de los trabajadores)*, Conferencia Internacional del Trabajo, 104.ª reunión, Ginebra, 2015.

¹³⁴ Foro Económico Mundial: *The future of jobs: Employment, skills and workforce strategy for the fourth industrial revolution*, Ginebra, 2016.

¹³⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Human Development Report 2015: Work for human development*, Nueva York, 2015.

y los profesionales, a una mayor calidad en la toma de decisiones y a una prestación de cuidados más centrada en los pacientes ¹³⁶.

120. Las nuevas tecnologías también están extendiendo los cuidados de calidad a las zonas remotas. En Rwanda se llevó a cabo un proyecto con el fin de suministrar productos médicos esenciales en las zonas remotas y de difícil acceso, por medio de un vehículo aéreo no tripulado (dron) ¹³⁷. En Ghana se ha establecido un programa que permitirá contratar, impartir formación y movilizar en los dos próximos años a 20 000 trabajadores comunitarios de la salud y a 500 asistentes técnicos de salud por vía electrónica en todo el país. El programa asegurará que se movilice y se equipe debidamente a los trabajadores con teléfonos móviles, a fin de mejorar las comunicaciones, la recopilación de datos, la vigilancia comunitaria de las enfermedades y el seguimiento, y de superar asimismo los obstáculos geográficos ¹³⁸.
121. Además, las nuevas tecnologías pueden mejorar la satisfacción laboral, liberar tiempo del personal y reducir el estrés y los errores médicos, evitando tareas repetitivas y disminuyendo el esfuerzo gracias a una ergonomía mejorada. Las tecnologías de la comunicación crean entornos de trabajo colaborativos y permiten una cooperación interprofesional más estrecha al propiciar el intercambio de información y de experiencias mediante expedientes médicos electrónicos, tecnologías móviles o consultas por videoconferencia entre los equipos médicos establecidos en las zonas urbanas y rurales. Las nuevas tecnologías pueden afectar a los puestos de trabajo debido a la reducción del número de trabajadores necesario para realizar las tareas, pero también permiten que los trabajadores menos calificados puedan asumir nuevas tareas más simplificadas, liberando al personal calificado para su utilización en otros ámbitos ¹³⁹.
122. Las nuevas tecnologías también tienen efectos positivos en la transformación de la educación y la formación, y el aprendizaje electrónico resulta ser al menos tan eficiente como los métodos de aprendizaje tradicionales, puesto que ayuda a afrontar el déficit de educadores y a llegar a una audiencia más amplia ¹⁴⁰. Los métodos innovadores, como el aprendizaje en red a través de Internet o los ejercicios de simulación, pueden mejorar el aprendizaje interprofesional y basado en equipos. Los principales obstáculos para el aprendizaje electrónico son la ausencia de infraestructura y de tecnología adecuada, los costos de conectividad, el diseño deficiente de los programas o la falta de competencias informáticas.

¹³⁶ Smailhodzic, E. et al.: «Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals», en *BMC Health Services Research*, 2016, 16:442, disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1691-0>.

¹³⁷ Al Jazeera: *Rwanda turns to drones to deliver vital blood supplies*, News Agencies, 14 de octubre de 2016, disponible en: <http://www.aljazeera.com/news/2016/10/rwanda-turns-drones-deliver-vital-blood-supplies-161014095632407.html>.

¹³⁸ One Million Community Health Workers Campaign: *Ghana to launch new CHW programme*, rueda de prensa en Accra (Ghana) en enero de 2016 en la que se anunció el Programa para los trabajadores comunitarios de la salud, disponible en: <http://1millionhealthworkers.org/2016/03/23/ghana-to-launch-new-chw-programme/>.

¹³⁹ The Evidence Centre for Skills for Health: *How do new technologies impact on workforce organisation? Rapid review of international evidence*, informe elaborado por The Evidence Centre for Skills for Health, Bristol, Skills for Health (sin fecha).

¹⁴⁰ Al-Shorbaji, N. et al (editores): *E-Learning for undergraduate health professional education: a systematic review informing a radical transformation of health workforce development*, Ginebra, OMS, 2015.

Estos obstáculos pueden superarse a través de una financiación adecuada, la integración del aprendizaje electrónico en los planes de estudio existentes, la enseñanza combinada, la utilización de programas orientados al usuario, el acceso a la tecnología, el apoyo y el tiempo de trabajo dedicado al aprendizaje electrónico ¹⁴¹. La normalización de los planes de estudio y su regulación son fundamentales para garantizar la calidad del aprendizaje electrónico.

123. El impacto de las altas tecnologías en la carga de trabajo del personal sanitario varía según el contexto, influido por las condiciones de trabajo, las modalidades de organización del trabajo, los modelos de gestión, las estructuras institucionales y los valores ¹⁴². La introducción de nueva tecnología puede generar estrés e insatisfacción laboral, sobrecarga de trabajo, sentimientos de incertidumbre ante la nueva tecnología, a lo que en ocasiones se suma la ausencia de orientación por parte de los supervisores y el hecho de que el trabajador no pueda influir en la gestión del trabajo ¹⁴³. Los trabajadores sanitarios deben recibir una formación adecuada para poder manejar el nuevo equipo con confianza y adaptarse a los nuevos procedimientos de trabajo sin estrés. Sin embargo, si el principal objetivo de la introducción de tecnología es la reducción de los costos, las cargas de trabajo pueden aumentar.
124. Al planificar e introducir nuevas tecnologías, la participación de los trabajadores de la salud en los procesos de toma de decisiones es fundamental, ya que su experiencia concreta en el lugar de trabajo les permite evaluar mejor la pertinencia de la nueva tecnología para los pacientes y el personal, y el tipo de formación que necesitarán con miras a facilitar su implantación ¹⁴⁴. En cambio, si el personal considera que la tecnología no es funcional, la falta de motivación dificultará la aceptación de nuevas tecnologías. Así pues, se deberían poner a prueba las tecnologías antes de desplegarlas plenamente y debería ponerse a disposición un sistema de apoyo con miras a facilitar su implantación y utilización. Por último, es importante considerar las posibles consecuencias éticas, sociales y culturales de la tecnología en la atención de salud, tanto para los pacientes como para la fuerza de trabajo.

5. Diálogo social y relaciones laborales

5.1. Diálogo social

125. La Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud, de 2002, concluyó que el diálogo social contribuye de manera positiva al desarrollo y las reformas de los servicios de salud, y reviste particular importancia en tiempos de cambio estructural. Dicho diálogo, que en el sector de los servicios de salud puede conllevar la participación de las autoridades públicas o de agentes del sector privado, así como de las organizaciones de empleadores y de trabajadores en calidad de interlocutores sociales, puede adoptar diversas formas, que abarcan desde el intercambio de información, la consulta y la negociación hasta la

¹⁴¹ The Evidence Centre for Skills for Health: *How do new technologies impact on workforce organisation?, How do new technologies impact on workforce organisation? Rapid review of international evidence*, op. cit.

¹⁴² Pires de Pires, D. E. et al.: *New Technologies and Workloads of Health Care Professionals*, Digital Repository of Technische Universität Berlin, 2013.

¹⁴³ Yassi, A. y Miller, B.: «Technological change and the medical technologist: a stress survey of four biomedical laboratories in a large tertiary care hospital», en *Canadian Journal of Medical Technology*, 1990.

¹⁴⁴ De Veer, A. J. et al.: «Successful implementation of new technologies in nursing care: A questionnaire survey of nurse-users», en *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2011, 11:67, disponible en: <http://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-11-67>.

negociación colectiva, e incluir mecanismos y procesos para la solución de conflictos. Tiene lugar a varios niveles, a través de instituciones nacionales o del lugar del trabajo, y toma en consideración qué es apropiado para el contexto y para las cuestiones de que se trate. En los servicios de salud, se basa en ciertos valores y principios, incluidas las necesidades de los pacientes, la ética profesional y el acceso asequible y universal a la atención de salud. Para que haya un diálogo social efectivo hacen falta interlocutores sociales fuertes, representativos e independientes que reconozcan las funciones legítimas que desempeña cada uno de ellos. A través del diálogo, los asociados tripartitos o bipartitos pueden hacer avanzar sus intereses comunes y alcanzar compromisos sobre las cuestiones respecto de las cuales sus opiniones divergen.

126. El programa de diálogo social en el sector puede tratar de cuestiones relacionadas con las reformas institucionales, la financiación, la calidad de los servicios, las condiciones de trabajo, la adquisición de competencias y el aprendizaje permanente, la contratación de personal y su retención, el desarrollo profesional, los sistemas de remuneración y las cuestiones de género ¹⁴⁵. El diálogo social a nivel nacional se considera esencial para el desarrollo y el establecimiento de pisos de protección social que son primordiales en la financiación de los sistemas de salud ¹⁴⁶.

5.2. Relaciones laborales

127. La voz y la participación de los trabajadores son de vital importancia para que éstos puedan contribuir activamente a la mejora de los entornos de trabajo y de la calidad de los servicios de salud. La libertad para expresar sus preocupaciones, organizarse y participar libremente en el diálogo están garantizadas en virtud de los derechos fundamentales a la libertad sindical y al reconocimiento efectivo del derecho de negociación colectiva. En las conclusiones de la Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, de 1998, se establece que, «De conformidad con lo dispuesto en los Convenios núms. 87, 98 y 151 de la OIT, los trabajadores del sector de la salud tienen los mismos derechos en materia de asociación y de negociación colectiva que el resto de los trabajadores. Los salarios y las condiciones de trabajo deberían determinarse por vía de negociación entre los trabajadores y los empleadores del sector de la salud». ¹⁴⁷

Recuadro 5.1
Instrumentos esenciales sobre el diálogo social, la libertad sindical y la negociación colectiva

- Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87)
- Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)
- Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151)
- Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo, 1998

128. El concepto de participación de las organizaciones de empleadores y de trabajadores en la formulación de políticas de salud ya se ha plasmado en el Convenio núm. 149, que establece que: «una política de servicios y de personal de enfermería que, en el marco de una programación general de los servicios de salud (...), deberá formularse en consulta con las

¹⁴⁵ OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia, Ginebra, 2003.

¹⁴⁶ OIT: Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).

¹⁴⁷ OIT: *Nota sobre las labores*, Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, *op. cit.*, conclusiones, párrafo 10.

organizaciones de empleadores y de trabajadores interesados (...)» (artículo 2), y en él se especifica que se debería fomentar «la participación del personal de enfermería en la planificación de los servicios de enfermería y la consulta de este personal en la adopción de las decisiones que les afectan», y que «la determinación de las condiciones de empleo y de trabajo deberá realizarse, de preferencia, mediante negociaciones entre las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas» (artículo 5).

- 129.** Si la negociación reporta beneficios a todas las partes, partiendo del principio de que disponer de servicios de salud de calidad redundaría en el interés público, se puede crear un entorno que contribuya asimismo a la prevención y solución de conflictos. El Foro de diálogo mundial sobre los desafíos que plantea la negociación colectiva en la administración pública, de 2014, también concluyó que «La negociación colectiva debería llevarse a cabo en el contexto más amplio de propiciar y mantener una administración pública de calidad» ¹⁴⁸.
- 130.** A escala mundial, los servicios de salud se consideran servicios esenciales y, como tales, en muchos países son objeto de restricciones del derecho de huelga. Los órganos de control de la OIT han examinado en reiteradas ocasiones las cuestiones de los servicios esenciales y de la acción colectiva conexa. La legislación nacional suele regular el mantenimiento de un nivel de servicio de emergencia, y prevé una acción colectiva limitada en el sector de la salud siempre y cuando se siga asegurando la prestación de servicios vitales o mínimos. En Noruega, por ejemplo, no existen restricciones específicas del derecho de huelga para los trabajadores del sector de la salud; sin embargo, las huelgas se han detenido con frecuencia mediante arbitraje obligatorio, alegándose que ponían en peligro la salud y la vida de la población. En Chipre se puso fin a la restricción relativa al derecho de huelga en los servicios esenciales, incluidos los hospitales, por medio de un acuerdo suscrito entre los interlocutores sociales en 2004 ¹⁴⁹. Según la ISP, en algunos países, como Liberia, se deniega a los funcionarios públicos el derecho de sindicación ¹⁵⁰. Una serie de casos examinados por el sistema de control de la OIT hacen referencia a la discriminación antisindical y a la aplicación de las normas sobre los servicios esenciales en diversos países. En 2007, el Tribunal Supremo del Canadá resolvió que la Carta de Derechos y Libertades del Canadá protegía el proceso de negociación colectiva, y que los artículos de la Ley sobre la Mejora de la Prestación de Servicios Sociales y de Salud (proyecto de ley núm. 29), de 2002, que limitaban los derechos de negociación de los trabajadores sanitarios eran inconstitucionales ¹⁵¹.
- 131.** El Comité europeo de diálogo social sectorial del sector hospitalario y sanitario, cuyos interlocutores sociales son la FSESP y la HOSPEEM, se creó en 2006. Estas últimas acuerdan programas de trabajo conjuntos y han adoptado los siguientes documentos: Directrices y ejemplos de buenas prácticas para abordar los retos de una población activa envejecida (2013); Contratación y retención: El marco de acción (2010); Directrices multisectoriales para

¹⁴⁸ OIT: *Puntos de consenso: La contribución de la negociación colectiva a la resolución de los problemas de la administración pública y en particular las repercusiones de la crisis económica y financiera*, Foro de diálogo mundial sobre los desafíos que plantea la negociación colectiva en la administración pública, documento GDFPS/2014/9, disponible en: http://www.ilo.org/sector/Resources/recommendations-conclusions-of-sectoral-meetings/WCMS_250904/lang--es/index.htm.

¹⁴⁹ Eurofound: *Employment and industrial relations in the health care sector*, Dublín, 2011, disponible en: www.eurofound.europa.eu.

¹⁵⁰ ISP: *Los trabajadores y trabajadoras seguros salvan vidas: Prioridades de la ISP en materia de salud y respuesta sindical a la enfermedad por el virus del Ébola*, Ferney-Voltaire, 2016, disponible en: www.world-psi.org.

¹⁵¹ NORMLEX de la OIT: Casos de libertad sindical, 2016, disponible en: <http://www.ilo.org/normlex>.

solucionar la violencia y el acoso de terceros relacionados con el trabajo (2010); Acuerdo marco para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario (2009), y Código deontológico y seguimiento de la contratación y retención transfronteriza ética en el sector hospitalario (2008) ¹⁵².

- 132.** En Sudáfrica, la resolución de 2012 del Consejo de Negociación del Sector Público sobre la reestructuración del tiempo de trabajo pide que se revisen los horarios de trabajo con el fin de mejorar la prestación de atención de salud ¹⁵³.
- 133.** En noviembre de 2015, el Ministerio de Salud del Brasil y los interlocutores sociales firmaron un protocolo para la Mesa Nacional de Negociación Permanente del Sistema Nacional de Salud (*Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS*), con miras a establecer un Programa de Trabajo Decente para los trabajadores del sistema nacional de salud (*Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS), Protocolo – Núm. 009/2015*). El Programa tiene por objeto generar más y mejores trabajos en el SUS; fortalecer la gestión de la fuerza de trabajo en este sector; reforzar el diálogo, la negociación de las condiciones de trabajo y las relaciones laborales en el sistema nacional de salud, y luchar contra todas las formas de discriminación en el trabajo, prestando particular atención al género, la raza y el origen étnico ¹⁵⁴.

¹⁵² Todos los documentos están disponibles en: www.epsu.org y www.hospeem.eu.

¹⁵³ Messenger, J. y Vidal, P.: *The organization of working time and its effects in the health services sector: A comparative analysis of Brazil, South Africa and the Republic of Korea*, op. cit.

¹⁵⁴ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, disponible en: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/02/protocolo-mesa009.pdf>.