



## **Comentarios sobre la Nota informativa del Grupo de Expertos para la primera reunión de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico**

Comenzados subrayando que la ISP acoge con satisfacción que esta nota informativa contemple el empleo en el ámbito sanitario como una inversión, no sólo como un negativo entre paréntesis en un balance económico. La ISP lleva mucho tiempo abogando por la necesidad de invertir en servicios públicos como estímulo económico. Sin embargo, también llevamos demasiado tiempo denunciando los trágicos resultados que se vienen repitiendo cuando no se llevan a cabo las inversiones.

La ISP defiende que los desafíos fijados para 2030 en la Agenda de Desarrollo Sostenible sólo se podrán cumplir a través de la inversión pública en servicios públicos. Las cuestiones relacionadas con la atención sanitaria — su financiación, asignación de recursos o accesibilidad—, son todas cuestiones de carácter político. Por ello cuestionamos la pregunta sobre en qué medida están las fuerzas globales configurando unas condiciones favorables.<sup>1</sup> Las fuerzas globales son el resultado de decisiones políticas; la decisión de rescatar a los bancos, de implementar medidas de austeridad, de recortar las fuentes de ingresos y la decisión de no acabar con los vacíos legales que permiten la elusión fiscal. Estas fuerzas no escapan el control humano.

Nuestra respuesta a la nota informativa se basa en nuestros valores fundamentales, a saber:

- La atención sanitaria<sup>2</sup> es un derecho humano
- Acceso equitativo a una atención sanitaria para todos y para todas
- Transparencia en las decisiones, procesos y resultados
- Equidad
- Derechos de los trabajadores/as (como proveedores y como consumidores de atención sanitaria)

Nuestros miembros que trabajan en el ámbito sanitario y los servicios sociales son fervientes defensores de una práctica con una base empírica, que garantice que los sistemas de atención, y la atención en sí misma, van a ofrecer, de hecho, los resultados necesarios.

Lamentablemente, las recientes epidemias de virus del Ébola y del Zika son emblemas de las lecciones que no estamos aprendiendo a escala mundial. Lecciones que nos hablan de la necesidad de contar con un número adecuado de trabajadores y trabajadoras sanitarios, capacitados adecuadamente y con los recursos apropiados. Nos hablan de la necesidad de una reglamentación y, más importante, de su transparencia y aplicación, en el marco de sistemas de atención sanitaria; y nos hablan de la necesidad de un enfoque gubernamental/social global, tanto para situaciones de prevención como de reacción; de la necesidad de unos servicios sólidos y coordinados a nivel de cuidados intensivos y de cuidados posteriores a los intensivos.

La ISP afirma que la sanidad universal precisa una prestación pública de los servicios y una mano de obra educada y empleada predominantemente a nivel público. Para hacer esta afirmación nos basamos en cuestiones de gobernanza, como la efectividad desde el punto de vista de los costos, la reglamentación, la aplicación de las normas y la agilidad para responder a las necesidades de la sociedad. Por ello apoyamos la intención del informe *Policy Briefs No. 14*, aunque tenemos reservas sobre los métodos de financiación propuestos a los que hace referencia. Con respecto a la

<sup>1</sup> Véase página 2, párrafo 4 de la nota informativa

<sup>2</sup> Que no solo incluye los servicios de atención sanitaria sino que las comunidades tengan acceso a los determinantes sociales de la atención sanitaria, como el agua potable, el saneamiento, una vivienda segura, alimentos saludables, educación y actividades culturales/sociales.



planificación de la mano de obra, las afiliadas a la ISP hablan de unos niveles de dotación que permitan prestar una atención segura a los pacientes, por ejemplo, la ratio enfermera/paciente, apoyados por sólidos estudios empíricos.<sup>3</sup> A pesar de estas evidencias, es raro encontrar un gobierno que introduzca una legislación para regular los niveles mínimos de dotación de personal o que los empleadores privados permitan incluir dichas disposiciones en los convenios colectivos de trabajo. Incluso en las jurisdicciones ricas, determinar el nivel de personal se considera una decisión económica (basada en el costo de los salarios) y no una decisión de carácter sanitario. La implementación de unos niveles de dotación de personal basados en prácticas con una base empírica se da predominantemente en los sistemas sanitarios del sector público, en los que la fuerza laboral se ha movilizó a través de sus sindicatos para lograr una atención segura a los pacientes.

Es un hecho que aunque los representantes de los gobiernos hablan, en el marco de las Naciones Unidas, de los objetivos de desarrollo sostenible y de la atención sanitaria como un derecho humano y de la sanidad como algo no enmarcado en el paradigma económico determinante, cuando adoptan decisiones políticas no son coherentes con dichas afirmaciones. Estos mismos gobiernos están firmando acuerdos de comercio que están empujando a la sanidad hacia el sector privado; están protegiendo a los monopolios de las compañías farmacéuticas con ánimo de lucro; están eliminando el propio derecho de los gobiernos a reglamentar y reduciendo los presupuestos nacionales que minimizan el acceso a los servicios sociales. Estas fuerzas no quedan fuera del control humano. Sabemos que los sistemas públicos de sanidad son más efectivos y eficientes que los sistemas de sanidad privados. Los sistemas de sanidad de acceso universal, como los de Francia e Italia, el NHS, o el sistema de seguro universal australiano (Medicare), han demostrado durante muchos años ser más efectivos y son mucho más eficientes que los sistemas basados en compañías privadas, como el estadounidense —además de tener un costo inferior—. Los resultados sanitarios no los determina el porcentaje absoluto del PIB sino cómo se presta la atención sanitaria.

Para garantizar una adecuada mano de obra sanitaria, los gobiernos deben retener su derecho a regular cómo y dónde se prestan los servicios sanitarios, y dónde y cómo se ofrece capacitación. Para ello resulta imprescindible proceder a una planificación a largo plazo que garantice el desarrollo de competencias y conocimientos en función de las necesidades del mañana. Requiere que los gobiernos mantengan el control normativo de los números y del contenido de la educación. El libre mercado sólo ofrecerá formación allí donde pueda obtener beneficios. El turismo de salud y los servicios de atención de casos agudos que generan pingües beneficios e incluyen la promesa de salarios más elevados dictarán cada vez más qué cursos se impartirán y dónde. Por esta razón, apoyamos la idea central de los informes *Policy Briefs No. 1* y *3* y ponemos en cuestión la del *Policy Brief No. 11*. Se ha demostrado una falta de capacidad para reglamentar y hacer cumplir la normativa incluso en las economías con muchos recursos. No obstante, apoyamos dentro del *Policy Brief No. 11*, que "*el marco normativo e institucional que rige el empleo sanitario es tan importante como cuestiones como las del espacio fiscal*".

La ISP reconoce la complejidad de las opciones que el personal sanitario baraja cuando contempla la opción de emigrar. Destacamos que el país de origen pierde una inversión en formación y unas muy necesarias competencias y conocimientos profesionales, en beneficio de las naciones más ricas. No obstante, también reconocemos el impulso económico que lleva a las personas a migrar; las mujeres representan la mayoría de los migrantes sanitarios y sus remesas son importantes para sus familias y comunidades en el país de origen. Para responder a este dilema, en muchos países ofrecemos un kit para ayudar a las personas a adoptar esta decisión. Estos kits inciden especialmente en los derechos de los trabajadores y trabajadoras, con ellos intentamos disminuir la posibilidad de que el personal

<sup>3</sup> Por ejemplo, por cada paciente adicional, por encima de cuatro, al que tenga que atender una enfermera titulada en cuidados intensivos, se produce un aumento acumulado de la morbilidad y mortalidad.



sanitario se vea atrapado económicamente debido a discrepancias de cualificación, al coste de la vida o a prácticas de explotación. Por lo tanto, apoyamos la premisa general de *Policy Briefs No. 12*.

La ISP desea aprovechar la oportunidad para comentar con antelación el informe *Policy Briefs No. 15 – Trabajo decente y diálogo social en el sector sanitario (aún sin publicar)*. El trabajo decente contempla diversos parámetros entre los que destacamos: un salario suficiente para poder vivir; el derecho a pertenecer a un sindicato y a participar en las acciones del sindicato; el derecho a un lugar seguro de trabajo; el acceso a una educación continua y apoyo; tiempo de descanso suficiente y turnos con una duración segura; oportunidades de desarrollo profesional. Para los trabajadores y trabajadoras sanitarios, el trabajo decente implica también poder hablar abiertamente y sin miedo a represalias sobre el sistema sanitario en el que trabajan. Muchos trabajadores y trabajadoras sanitarios se ven obligados a ser abogados de sus pacientes. En el marco de las iniciativas de atención sanitaria primaria, donde aún están por conseguir los mayores avances en la atención sanitaria, esto implica con frecuencia tener que hablar públicamente y la posibilidad de ser críticos con sus gobiernos. Para que esta Comisión sea efectiva, tendremos que ser claros, y garantizar la importancia del derecho del personal sanitario a entablar un diálogo social.