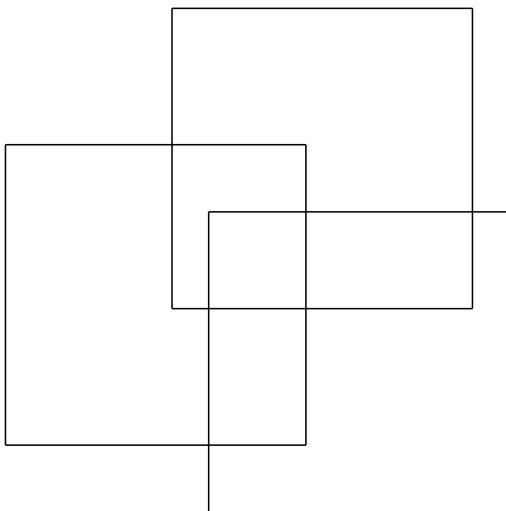




Nota sobre las labores

**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)



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	1
II. Discursos de apertura	2
III. Presentación del informe y discusión general	3
IV. Composición del Grupo de Trabajo	13
V. Discusión punto por punto	14
Desafíos y oportunidades en la promoción del trabajo decente en el sector	14
Orientaciones, políticas, estrategias, programas y otras herramientas para el trabajo decente en el sector	19
Fortalecimiento del diálogo social para superar los obstáculos al trabajo decente en los servicios de salud	26
Recomendaciones sobre medidas para el futuro	29
VI. Examen y adopción del proyecto de conclusiones por parte de la Reunión	33
VII. Discursos de clausura	34
Conclusiones sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud	37
Lista de participantes	43

I. Introducción

1. La Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud se celebró en la OIT, en Ginebra, del 24 al 28 de abril de 2017.
2. La Oficina había elaborado un informe ¹ a modo de documento en el que sustentan los debates de la Reunión. En él se describía un panorama general de las tendencias imperantes en el ámbito de los servicios de salud, y se abordaba el empleo y las condiciones de trabajo, así como la función del diálogo social a la hora de dar respuesta a los desafíos del sector.
3. El Consejo de Administración había designado a la Sra. S. Cappuccio, miembro del Grupo de los Trabajadores del Consejo de Administración, su representante en la Reunión y Presidenta de la misma. Los tres Vicepresidentes de la Reunión fueron los siguientes: la Sra. H. Kherrou (Argelia), del Grupo Gubernamental; el Sr. D. Long, del Grupo de los Empleadores; y el Sr. H. Beck, del Grupo de los Trabajadores. El Sr. A. J. Vicente Pérez y la Sra. R. Pavanelli actuaron en calidad de portavoces del Grupo de los Empleadores y del Grupo de los Trabajadores, respectivamente.
4. Asistieron a la Reunión representantes gubernamentales de los países siguientes: Alemania, Argelia, Brasil, Chile, Colombia, República de Corea, República Dominicana, Eslovenia, España, Filipinas, Francia, Ghana, India, Indonesia, República Islámica del Irán, Italia, Jordania, Kazajstán, República Democrática Popular Lao, Lesotho, Letonia, Madagascar, Malasia, Malta, Myanmar, Namibia, Noruega, Países Bajos, Panamá, Polonia, Portugal, Federación de Rusia, Sri Lanka, Sudáfrica, Sudán, Suiza, Swazilandia, Tailandia, República Unida de Tanzania, Togo, Túnez, Turquía, Uganda, Uruguay, Zambia y Zimbabwe, así como siete representantes del Grupo de los Empleadores y ocho representantes del Grupo de los Trabajadores, acompañados esos últimos por 16 consejeros técnicos.
5. También asistieron observadores de las organizaciones gubernamentales internacionales y las organizaciones no gubernamentales que se indican a continuación: el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP), la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (ICOH), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la Federación Internacional de Hospitales (IHF), la International Pharmaceutical Federation (FIP), el NGO Forum for Health, la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA), la Asociación Médica Mundial (AMM), la Organización Internacional de Empleadores (OIE), la Confederación Sindical Internacional (CSI) y la Federación Sindical Mundial (FSM).
6. Los tres Grupos determinaron la composición de la Mesa que se indica a continuación:

Grupo Gubernamental

Presidenta:

Sra. H. Kherrou (Argelia)

¹ *Mejora del empleo y de 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, 2017.

Grupo de los Empleadores

Presidente y portavoz: Sr. A. J. Vicente Pérez

Secretario: Sr. J. Dejardin (OIE)

Grupo de los Trabajadores

Presidenta y portavoz: Sra. R. Pavanelli

Secretarios: Sr. J. Beirnaert (CSI)
Sr. B. Aye (ISP)
Sra. S. Vermuyten (ISP)
Sr. A. Durtschi (UNI Global Union)

7. Secretaria General de la Reunión: Sra. A. van Leur, Directora del Departamento de Políticas Sectoriales (SECTOR)

Secretario General Adjunto: Sr. A. Isawa

Secretaria Ejecutiva: Sra. C. Wiskow

Expertos: Sra. A. Barth
Sr. J. Sendanyoye
Sr. O. Liang
Sr. C. Carrion-Crespo
Sra. N. Postic
así como otros especialistas de diversos departamentos de la OIT

Coordinadora de la Reunión: Sra. M. M. Than Tun

8. En el marco de la Reunión se celebraron seis sesiones plenarias, cuatro de las cuales se dedicaron al debate de los puntos para la discusión aprobados durante la primera sesión plenaria, con arreglo a la distribución de los temas siguiente:

- i) desafíos y oportunidades a los que se enfrentan los gobiernos y los interlocutores sociales en la promoción del trabajo decente en el sector de los servicios de salud, en particular en lo relativo a la creación de empleo, las condiciones de trabajo, la igualdad de género, el desarrollo de competencias profesionales y la seguridad y salud en el trabajo, y cómo influyen esos desafíos y oportunidades en el acceso a los servicios de salud y la prestación de cuidados de calidad;
- ii) orientaciones, políticas, estrategias, programas y otras herramientas necesarias para procurar un trabajo decente en el sector de los servicios de salud;
- iii) estrategias de fortalecimiento del diálogo social para que contribuya mejor a superar los obstáculos al trabajo decente en los servicios de salud, y
- iv) recomendaciones relativas a las medidas que la Organización Internacional del Trabajo, los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores podrían adoptar en el futuro para promover el trabajo decente y el empleo en el sector de los servicios de salud.

II. Discursos de apertura

9. La Presidenta, Sra. Cappuccio, inauguró la Reunión señalando la ineludible necesidad de contar con unos servicios de salud universales y eficaces en aras del bienestar de las sociedades y el desarrollo humano, puesto que el sector es un importante generador de

empleos y un motor del crecimiento económico y social inclusivo a nivel mundial. La Reunión debería centrarse en el debate de estrategias encaminadas a potenciar el trabajo decente en el ámbito de los servicios de salud, como base fundamental para dar respuesta a la escasez de personal sanitario actual y prevista, en el que se otorgara una atención especial a las cuestiones de género y las preocupaciones que suscitaban. Para que todas las personas que lo necesitaran pudieran gozar de un acceso equitativo a servicios de salud de calidad, era imprescindible disponer de una cantidad suficiente de trabajadores sanitarios debidamente capacitados, remunerados de forma adecuada y cuyos derechos en el trabajo estuvieran garantizados, incluidos los relativos a la salud y seguridad en el trabajo (SST). Asimismo, las condiciones de trabajo repercutían en la calidad de los cuidados, puesto que la desatención de la salud y la seguridad de los trabajadores podía empeorar los resultados de los sistemas de salud pública.

10. La Sra. van Leur, Secretaria General de la Reunión, observó que en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) se había establecido un ambicioso marco de acción concebido para lograr una vida digna para todos. El objetivo de ese programa era la igualdad y la justicia social, y asumía como compromiso «no dejar a nadie atrás». Sin embargo, de las estimaciones de la OIT se desprendía que, a causa de la escasez de mano de obra en el sector, demasiadas personas en todo el mundo no tenían acceso a servicios de salud, y hasta el 84 por ciento de la población de países de bajos ingresos no disponía de acceso a ningún tipo de servicio de salud. En el caso de la población rural, esa cifra se aproximaba al 50 por ciento en todo el mundo. En un contexto hipotético de mantenimiento de los enfoques tradicionales, en 2030 el mundo se enfrentaría a una probable falta de trabajadores sanitarios cifrada en 18 millones de profesionales, principalmente en los países de bajos ingresos, por lo que resultaría imposible alcanzar el objetivo de la cobertura sanitaria universal. Las principales iniciativas en materia de políticas a nivel mundial habían hecho hincapié en las numerosas ventajas de la inversión en personal sanitario. A modo de ejemplo, la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas determinó que el ámbito de la salud constituía un sector de empleo decisivo y proporcionó sólidos indicios sobre los beneficios que la inversión en personal sanitario generaría para las economías nacionales. La Comisión recomendó la adopción de medidas audaces y transformadoras, cuya prioridad fundamental fuera la creación de empleo y el trabajo decente. Cabe señalar que para el día siguiente se programó un acto paralelo consistente en una sesión informativa sobre las recomendaciones de la Comisión y eventuales medidas de seguimiento. La oradora manifestó su gran interés por conocer las opiniones de los participantes y colaborar con ellos a fin de consensuar conclusiones que fueran ambiciosas y, al mismo tiempo, inspiraran el trabajo colectivo en aras de una promoción adecuada del trabajo decente en el sector de los servicios de salud. Para concluir su discurso, presentó a los diversos miembros de la secretaría de la Reunión e invitó a los participantes a solicitar cuanta ayuda estimaran oportuno.

III. Presentación del informe y discusión general

11. La Secretaria Ejecutiva presentó el informe elaborado para la Reunión. Apuntó que, más que ofrecer una imagen exhaustiva de la situación de un sector tan complejo y diverso, su intención era trazar un panorama general que propiciara el debate y permitiera generar consensos sobre los mecanismos de fomento del empleo y el trabajo decente en el sector. En la introducción se destacaba la función primordial del trabajo decente en el contexto mundial actual, y se recalca la necesidad de aprovechar sus pilares básicos de empleo, normas del trabajo, protección social y diálogo social, dada su condición de elementos integrales de estrategias eficaces para abordar los desafíos del sector. Esa función era doble: por un lado, buscaba garantizar la existencia de plantillas sostenibles de personal sanitario y, por otro, facultarlas para la prestación de cuidados de calidad. En el primer capítulo se exponía el contexto mundial, caracterizado por la existencia de múltiples desafíos, aunque también oportunidades, así como iniciativas de primer orden en materia de políticas, como la

Agenda 2030, la estrategia para una cobertura sanitaria universal y la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas y su llamamiento común para la adopción de medidas transformadoras que abordaran los desafíos a los que se enfrentaban los sistemas de salud. En el segundo capítulo se describían los aspectos más destacados del empleo en el ámbito de la salud y se trataba de delimitar el alcance del trabajo realizado en esa esfera. Se ponían de relieve, asimismo, las tendencias del sector como importante fuente de puestos de trabajo, incluso en momentos de crisis económicas, y su efecto multiplicador del empleo en otros sectores. También se proporcionaba una visión de conjunto de una fuerza de trabajo heterogénea en cuanto a ocupaciones y niveles de competencias que, si bien estaba mayoritariamente constituida por mujeres, todavía tenía que hacer frente a problemas de igualdad de género. A pesar de que la prestación de cuidados era un ámbito de futuro crecimiento del empleo, convenía dedicarle atención a causa de la presencia de déficits notables en materia de trabajo decente, por ejemplo, en el caso de las personas dedicadas a servicios de prestación de cuidados no remunerados, de nuevo mayoritariamente mujeres que cubrían las brechas existentes en los trabajos formales de prestación de cuidados. Las relaciones laborales también habían adquirido una creciente heterogeneidad, y sus resultados eran dispares en cuanto a calidad del empleo y desempeño de la organización. En el tercer capítulo se hacía hincapié en el cometido de la educación y el aprendizaje permanente para lograr personal sanitario eficaz y competente. La falta de adecuación de los modelos educativos actuales para preparar a los trabajadores sanitarios para el desempeño de sus tareas era un hecho reconocido; los sistemas educativos tenían que vincular de mejor manera los mercados de trabajo del ámbito sanitario con las necesidades de la población en materia de salud.

12. En el cuarto capítulo el uso de ejemplos permitía explicar aspectos específicos de las condiciones de trabajo, con inclusión del tiempo de trabajo, la SST en el trabajo, la protección social, y las consecuencias de un mayor uso de la tecnología. La organización del tiempo de trabajo era una cuestión compleja en el contexto de un sector que debía garantizar la prestación de sus servicios 24 horas al día y siete días a la semana, y repercutía en la salud y la seguridad de los trabajadores, así como también en los resultados en los pacientes. El sector era uno de los que presentaba más riesgos profesionales relacionados con peligros de índole biológica, química, ergonómica y psicosocial. La escasa protección en materia de SST podía tener consecuencias demoledoras, como ya puso de manifiesto el brote de la enfermedad por el virus del Ébola de 2014-2015 en África Occidental, en el que las tasas de infección y mortalidad entre los trabajadores sanitarios y de respuesta ante emergencias fueron extremadamente elevadas. También se hacía patente la necesidad de contar con respuestas eficaces para abordar los casos de violencia contra los trabajadores sanitarios que se producían en su trabajo cotidiano, y con mayor frecuencia en forma de ataques dirigidos a esos trabajadores y las instalaciones sanitarias en situaciones de emergencia y de conflicto. En el capítulo final se trataba la función del diálogo social en la evolución del sector y la importancia de la participación de los trabajadores sanitarios a la hora de conformar servicios de salud de calidad. Se analizaban características específicas de las relaciones laborales en un sector que presta servicios esenciales.
13. La portavoz del Grupo de los Trabajadores subrayó la oportunidad de la Reunión, al apuntar que las recientes iniciativas mundiales en materia de políticas, en particular los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, habían señalado la importancia de una adecuación cuantitativa y cualitativa del personal sanitario que permitiera el ejercicio del derecho humano a la salud. La consecución de un acceso equitativo de toda la población a la sanidad, así como la disposición garantizada de la fuerza de trabajo debidamente formada necesaria para alcanzar ese objetivo, eran tareas sujetas a retos ingentes, en particular en los países de ingresos bajos y medianos. En caso de que no se adoptaran medidas resueltas, las previsiones indicaban que, en 2030, esos países soportarían una carga desproporcionada por la escasez de trabajadores sanitarios, cifrada en 18 millones de profesionales. La privatización, la comercialización, los recortes en los

presupuestos destinados a la sanidad pública y la liberalización de la prestación de servicios sanitarios, todas ellas tendencias impulsadas por los acuerdos de libre comercio; el incremento de la corrupción; el aumento de la flexibilización del mercado de trabajo y la desreglamentación del mismo, incluida la subcontratación de servicios de carácter clínico y no clínico; y el cambio climático, los conflictos violentos, los desastres humanitarios y las transiciones demográficas tenían repercusiones alarmantes en la creación de empleo y las condiciones del mismo, la igualdad de género, el desarrollo de competencias profesionales, y la existencia de condiciones de trabajo seguras y saludables en el sector. Los recortes presupuestarios sometían al personal sanitario a una presión inmensa y afectaban a la calidad de los servicios de salud, al tiempo que las medidas de austeridad también suponían la congelación de los procesos de negociación colectiva y la imposición de topes salariales que, en la práctica, equivalían a bajadas de los salarios. Asimismo, la situación se veía agravada por los ataques generalizados a la estabilidad laboral y la seguridad de los ingresos, que se habían agudizado durante la crisis económica. Aunque la inversión en atención primaria y preventiva era decisiva para reducir los costos sanitarios, con frecuencia quienes prestaban esas modalidades de atención de salud eran trabajadores comunitarios del sector sanitario remunerados de forma insuficiente, explotados y sometidos a una falta de formación, y cabe señalar que en diversos países ese tipo de atención no disponía de una financiación sostenible. El trabajo en el sector parecía cada vez menos atractivo entre los jóvenes, y numerosos profesionales lo abandonaban de manera prematura. En muchos países de ingresos bajos, los trabajadores sanitarios optaban por emigrar en busca de mejores condiciones, mientras que quienes permanecían en el país percibían una remuneración insuficiente y estaban explotados, por lo que a menudo sufrían desgaste profesional. En unos sistemas de salud ya de por sí frágiles, se había desvirtuado la preparación ante las crisis, al tiempo que la creciente necesidad de cuidados a largo plazo en los países de ingresos medianos y altos no se había satisfecho adecuadamente y el aumento de la precarización del trabajo desincentivaba el interés por el sector. En lugar de emplearse en pro de la reducción de los niveles de fuerza laboral, la tecnología debería aprovecharse para mejorar las ocupaciones y las condiciones de trabajo.

14. Las estrategias a nivel internacional, regional y nacional deberían fundamentarse en el principio universal que concede a la salud la condición de derecho humano fundamental, consagrado en diversos instrumentos de carácter internacional y regional, e incorporado a las constituciones de unos 150 países. Asimismo, otras iniciativas e instrumentos fundamentales, por ejemplo, el Plan de Acción Quinquenal sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico y las normas internacionales del trabajo, se mantenían como auténticos medios para lograr que todos los interlocutores sociales adoptaran un compromiso conjunto en favor del trabajo decente. En el informe de referencia se consignaban 11 convenios y recomendaciones clave de la OIT de máxima relevancia para el sector de la salud, así como orientación y materiales de formación pertinentes. La falta de ratificación y de aplicación satisfactoria del Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87) y del Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98), así como la cantidad limitada de países que habían ratificado el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) eran algunas de las carencias que limitaban su eficacia, mientras que la proliferación de las formas atípicas de empleo y el aumento de la precarización fruto de las reformas sanitarias o laborales socavaban la estabilidad del empleo y ponían en peligro la prestación de servicios y la continuidad de la atención. Se imponía la tendencia de la prolongación de los turnos, de ocho a doce horas, una infracción de los principios del trabajo decente que, además, podía conllevar graves consecuencias para la calidad del servicio y la seguridad tanto de trabajadores como de pacientes; por consiguiente, debían establecerse directrices sobre el empleo y las condiciones de trabajo en el sector encaminadas a invertir esa tendencia. La seguridad y una dotación eficaz de personal eran cuestiones trascendentales para la consecución del trabajo decente y la prestación de un servicio de calidad en el sector de la salud. Un modelo recomendable era el basado en la práctica australiana que combinaba legislación y negociación colectiva: los Estados legislaban una base sujeta a exámenes

periódicos por conducto de la negociación colectiva. La migración de los trabajadores sanitarios se mantenía como importante motivo de preocupación para el desarrollo mundial y, en ese sentido, la promoción del cumplimiento del *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud (2010)* (en adelante «el Código de prácticas mundial de la OMS») era una cuestión imperativa, como también lo era, en consonancia con el Convenio sobre las agencias de empleo privadas, 1997 (núm. 181) y el Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97), la adopción de una postura de rechazo frente al cobro de comisiones de contratación a los trabajadores. La violencia en los centros de trabajo relacionados con la salud, en particular la violencia ejercida por terceros, había alcanzado cotas alarmantes que exigían la adopción de medidas especiales para atacar el problema. La normalización de las directrices sobre el uso del personal, en especial en el ámbito de los trabajadores comunitarios del sector de la salud clasificados como «voluntarios» en diversos países, era una cuestión controvertida y uno de los principales elementos desincentivadores de la prestación de servicios de calidad, a pesar de que esos trabajadores cumplían horarios de trabajo normales. Así, convendría respaldar la elaboración continuada de directrices en el ámbito de los trabajadores comunitarios del sector de la salud por parte de la OMS. Las multinacionales de los seguros y la atención sanitaria reclamaban la comercialización de los servicios públicos de salud y atención social, también mediante tratados comerciales internacionales, a fin de abrir esos servicios a la competencia. Era importante que, dada su condición de bien público, la salud no se tratara como si fuera una mera mercancía.

- 15.** La oradora puso de relieve el papel fundamental de los sindicatos para garantizar el trabajo decente, y expresó su inquietud por el hecho de que se siguiera coartando el ejercicio de los derechos de los trabajadores sanitarios a la sindicación y a la negociación colectiva. En ese sentido, destacó Liberia como caso particularmente inquietante, e instó a la Reunión a que reafirmara la pertinencia del Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151) y el Convenio núm. 87 y el Convenio núm. 98. El diálogo social, por ejemplo a través de foros tripartitos regionales en los que se promovieran los resultados, era determinante para conseguir el progreso de las conclusiones de la Reunión; mientras que, a nivel nacional y del lugar de trabajo, era imprescindible para lograr el respeto de los derechos sindicales y para que todos los interlocutores sociales ejercieran la negociación colectiva de buena fe. Resultaba desconcertante el hecho de que, en los últimos tiempos, cada vez más sindicatos de todo el mundo se vieran obligados a llevar a cabo acciones colectivas para exigir el cumplimiento de las disposiciones de los convenios colectivos o el pago de los sueldos debidos. Asimismo, la oradora tomó nota de los ejemplos positivos recogidos en el informe de referencia sobre la contribución del diálogo social al trabajo decente y su función a la hora de limitar la violencia en el lugar de trabajo. El documento *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud), elaborado conjuntamente por la OIT, el CIE, la OMS y la ISP en 2002, sería un buen punto de partida. A modo de conclusión, la oradora recomendó tres futuras iniciativas de su Grupo: en primer lugar, la formulación de directrices para la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector de la salud; en segundo lugar, una solicitud para la elaboración de un estudio general del Convenio núm. 149, que hasta la fecha sólo habían ratificado 41 países; y, en tercer lugar, la dedicación de una atención particular a los trabajadores de la salud en la versión revisada de la Recomendación sobre la organización del empleo (transición de la guerra a la paz), 1944 (núm. 71). Su Grupo aguardaba con sumo interés la celebración de un debate fructífero en virtud del cual se arrancara el compromiso de los mandantes de la OIT con el objetivo de lograr salud para todos, puesto que un mundo sano era un mundo más igualitario y más próspero y, en última instancia, un mundo mejor.
- 16.** El portavoz del Grupo de los Empleadores afirmó que la atención de salud era esencial y debería vincularse al desarrollo económico. El sector de la atención de salud, caracterizado por su rápido crecimiento, se enfrentaba a una cuestión de enorme trascendencia: la concesión de prestaciones laborales a los jóvenes — quienes tenían que hacer frente a tasas

de desempleo cada vez mayores — y el mantenimiento del acceso a las mismas. Por otro lado, la participación en actividades de educación y formación de nivel superior se tornaba cada vez más compleja y estaba cada vez más restringida, a pesar de que se trataba de un aspecto decisivo para todos los ciudadanos con miras a facilitar el acceso al conjunto de sectores del mercado de trabajo, incluido el personal médico y de enfermería, los fisioterapeutas y otros trabajadores de otros ámbitos del sector de la salud. La falta de recursos era un problema generalizado, pero era importante promover el acceso a la formación y el estudio en el sector de la salud mediante la prestación del apoyo necesario, incluido, entre otros tipos de respaldo, el de carácter económico. Ello se aplicaba a la financiación de origen tanto público como privado, en todos los países en desarrollo y desarrollados. La salud era importante para todas las empresas cuya actividad era intersectorial, tal y como había recalcado la OMS, y se trataba de un objetivo digno de perseguir por parte de todas las empresas a fin de velar por la salud de sus trabajadores y garantizarla. Era fundamental evitar las muertes, las lesiones y las enfermedades debidas a las condiciones del lugar de trabajo, y debían ponerse en práctica las medidas necesarias para fomentar un estilo de vida más saludable entre los trabajadores en aras de una población más sana cuya esperanza de vida fuera mayor. El orador señaló la falta generalizada de personal médico y trabajadores sanitarios formados, así como también la presencia de diferencias entre países, dado que en algunos la oferta de determinados tipos de trabajadores cualificados era excesiva (por ejemplo, personal médico) y en otros era insuficiente. Si bien esa situación había sentado las bases para un ciclo de intercambio, se mantenía la escasez global. Asimismo, convino con su homóloga del Grupo de los Trabajadores en la necesidad de establecer límites a las jornadas de trabajo diarias y semanales, y apuntó que debían abordarse determinadas situaciones (como los momentos de máxima carga de trabajo a causa de ausencias, que podían poner en peligro el objetivo universal de la semana de 48 horas) a fin de garantizar la consecución de un equilibrio entre las necesidades de empleadores y trabajadores. Así pues, con miras a asegurar la cobertura sanitaria universal, el fomento del acceso a la educación y la formación en cualquier sector, incluidos los servicios de salud, y la financiación de las mismas eran cuestiones importantes. Por tanto, la promoción de ese objetivo y las iniciativas encaminadas a hallar una solución conjunta iban en el propio interés de los empleadores.

17. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental agradeció a la Oficina el exhaustivo informe facilitado como base para el debate. El hecho de contar con datos, estadísticas y mecanismos de seguimiento fiables era fundamental para estar en disposición de abordar mejor la situación y poderla optimizar. En cuanto a la creación de empleo, convenía tener en cuenta las diez recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, en especial porque, hacia 2030, estaba previsto que el déficit en cuanto a fuerza de trabajo de atención de salud en todo el mundo alcanzara los 18 millones de profesionales. Era preciso armonizar el debate con la Agenda 2030, y ampliarlo para dar cabida a organizaciones como la OMS. La migración era una cuestión crucial y una de las que mayor inquietud suscitaba entre numerosos gobiernos. En algunos casos, la migración podría mitigar la escasez de especialistas sanitarios en determinados países. Así pues, la cooperación a nivel bilateral y multilateral, también por conducto de la OIT, era imprescindible. Por un lado, los migrantes también tenían que integrarse en los sistemas de salud de los países de acogida y, por otro, los migrantes retornados tenían que hacer lo propio en los sistemas de salud de los países de origen. Asimismo, se destacó la gran importancia del acceso a la atención de salud por parte de los migrantes y de aquellos que residían en zonas rurales. Los países de ingresos bajos y medianos habían hecho hincapié en la necesidad de formar a los trabajadores sanitarios y perfeccionar sus competencias. Una cooperación más intensa, así como la prestación de asistencia técnica por parte de la OIT, eran cuestiones ineludibles, como también lo eran la multiplicación de los vínculos entre los sectores de la salud público y privado, la contratación ética, y la protección de los trabajadores sanitarios frente a enfermedades peligrosas como la causada por el virus del Ébola. Esa protección, tal y como había señalado el Grupo de los Trabajadores, debería comprender medidas de protección frente a la violencia en el lugar de

trabajo. El reconocimiento de todos los componentes de la atención de salud, sin olvidar al personal paramédico y administrativo ni a los trabajadores médicos (incluidos los que desarrollan su actividad en el ámbito de la prevención), era, por tanto, imprescindible. En sus discusiones de Grupo, el representante del Gobierno de la India había destacado especialmente la necesidad de promover la prevención. Por último, la inclusión de las nuevas tecnologías, como se apuntaba en el informe, era un aspecto relevante para el futuro crecimiento del trabajo decente en el sector.

- 18.** El representante del Gobierno de Chile expresó su total apoyo a la declaración de la Vicepresidenta del Grupo Gubernamental, y recalcó la importancia de vincular los objetivos en materia de trabajo decente con los de la Agenda 2030, en particular en cuanto al acceso a la salud, las cuestiones de género, y la migración, en especial en lo que a contratación ética se refería. Las diversas necesidades presentaban diferencias en función del país, y era fundamental examinar las causas de la futura escasez de trabajadores sanitarios, en particular si se tenía en cuenta el envejecimiento de la población de todo el mundo. Así pues, debían adoptarse medidas adecuadas a fin de abordar esa cuestión y evitar su empeoramiento. Los trabajadores de Chile estaban habituados a un cierto grado de flexibilidad en sus horas de trabajo, y los sindicatos se encontraban en una situación favorable para mantener un equilibrio laboral sin que ello supusiera una cantidad excesiva de horas extraordinarias, un aspecto usual en los servicios de atención de salud que iba en detrimento de trabajadores sanitarios y pacientes por igual.
- 19.** El representante del Gobierno de Malta hizo notar que su país contaba con un sólido servicio nacional de salud, si bien adolecía de escasez de mano de obra, que se solventaba mediante la comunicación y la cooperación con otros países con excedentes de trabajadores sanitarios. En su calidad de director jefe de enfermería, había participado en los debates mantenidos en uno de los principales hospitales de su país en el que se realizaban turnos de doce horas. En esos debates se puso de manifiesto la preferencia de algunas enfermeras y enfermeros por trabajar esos turnos más prolongados de doce horas para así poder disfrutar de un descanso diario en lugar de tener que realizar más turnos de menor duración. De forma análoga, el personal médico en formación había expresado su preferencia por permitir que el cómputo de horas extraordinarias trabajadas se tradujera en una semana laboral superior a la estipulada de 48 horas por el consiguiente aumento del salario total. El orador señaló, asimismo, que los gobiernos abonaban salarios incluso cuando el personal médico no se encontraba en servicio. En consecuencia, era preciso tener en cuenta esas preferencias en la medida en que no se pusiera en peligro la seguridad de los pacientes ni la salud de los trabajadores, y se velara en todo momento por un uso eficiente de los recursos.
- 20.** La Vicepresidenta Gubernamental, haciendo uso de la palabra en calidad de representante del Gobierno de Argelia, apuntó que, a pesar del incremento de puestos de trabajo en el sector de la salud previsto en todo el mundo para 2030, cifrado en 40 millones, también se esperaba una escasez de 18 millones de trabajadores sanitarios, en particular en países sujetos al envejecimiento demográfico. Las diversas crisis financieras que habían afectado a numerosos países habían dificultado el cumplimiento del compromiso asumido en 2001 por los Jefes de Estado de la Unión Africana según el cual incrementarían sus presupuestos anuales destinados al sector de la salud en un 15 por ciento. No obstante, era necesario mejorar el empleo y las condiciones de trabajo. La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, establecida por el Secretario General de las Naciones Unidas en 2016, había formulado diez recomendaciones caracterizadas por su espíritu transformador y transversal con los ODS. La Reunión debería tener especialmente en cuenta las recomendaciones primera, segunda y cuarta, relativas a la creación de empleo, las cuestiones de género y los derechos de las mujeres, y la prestación de servicios de salud y la organización de los mismos, respectivamente. Los drásticos recortes en el presupuesto público global de su país habían impuesto restricciones al sector de la salud, a pesar de que se beneficiara de un aumento aproximado de 19 000 millones de dinares consignados en su presupuesto de 2017, pasando

así de los 379 400 millones en 2016 a los 398 070 millones en 2017. En 2015, las cifras relativas a algunos profesionales clave del sector de la salud en el país eran las siguientes: 81 162 profesionales médicos, 149 075 paramédicos, 11 874 dentistas y 11 108 farmacéuticos. Sin embargo, existían deficiencias en cuanto a especialistas médicos y cobertura regional, en particular en la zona meridional y sudoriental del país, y en especial en la región central de Hauts Plateaux, en la que había un médico por cada 3 874 habitantes, en la región sudoriental, con un médico por cada 2 934 habitantes, y en la región sudoccidental, con un médico por cada 2 965 habitantes. Desde 2013, se habían aplicado ajustes a fin de mitigar esas disparidades, por ejemplo, con la construcción de nuevos hospitales universitarios en colaboración con el Ministerio de Educación, y la inauguración de nuevas facultades de medicina y farmacia en las regiones meridionales. Asimismo, se había formulado un segundo conjunto de directrices para su aplicación en el período que media hasta 2035. En ellas se hacía especial hincapié en la cooperación público-privada, público-parapública y público-pública en materia de fortalecimiento de capacidades humanas, distribución territorial equitativa, formación inicial y programas de estudios adaptados al sector de la salud, así como también en el establecimiento de un marco de función pública para personal médico especialista en forma de proyecto de cooperación. Cabe señalar que se mantendrían las negociaciones relativas a cuestiones de salud.

- 21.** El representante del Gobierno del Togo agradeció a la Oficina la elaboración de un informe sumamente ilustrativo, y a la OMS el apoyo prestado, junto con la OIT, para la preparación del programa sobre SST de su país seis meses antes. Reiteró la importancia de la protección de los trabajadores sanitarios, una cuestión integrada en el Plan nacional de salud (2017-2022), con inclusión de un eje estratégico dedicado al seguimiento del Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores de la OMS y un programa de protección del personal sanitario por conducto de la herramienta HealthWISE de la OIT y la OMS. La garantía de la protección de los trabajadores sanitarios en casos de emergencia, en especial en episodios como los brotes de la enfermedad del Ébola y la fiebre de Lassa, era una cuestión que también inquietaba a su Gobierno. Cabe señalar que su Gobierno, con el apoyo de la OMS, había formado a un mínimo de 100 trabajadores sanitarios en todo el país. Ahora, esos profesionales recibían indicaciones sobre las estrategias para protegerse en situaciones de emergencia y de no emergencia mediante la herramienta HealthWISE de la OIT-OMS. Era una cuestión importante para no poner en peligro la salud de los trabajadores del sector en el desempeño de sus funciones.
- 22.** El representante del Gobierno de la República Islámica del Irán destacó que la prestación de servicios de salud de calidad y la generación de una cantidad suficiente de puestos de trabajo en el sector sanitario eran prioridades para su Gobierno. Era preciso consolidar y ampliar a nivel mundial la protección social a fin de potenciar la sostenibilidad de los resultados. Se habían puesto en práctica diversas medidas encaminadas a mejorar los sistemas sanitario y educativo del Irán, incluida la ampliación de la cobertura de salud universal y la concesión de prestaciones de seguro social a las personas vulnerables, las mujeres, los nómadas, los habitantes de zonas rurales y urbanas, y muchas otras personas que antes no gozaban de cobertura. La adopción de un planteamiento multisectorial, y la estrecha colaboración con diversos ministerios gubernamentales habían permitido la consecución de tales progresos. La Oficina podría promover la multiplicación de las oportunidades de educación y formación con miras a mejorar los servicios de salud, en particular mediante el Centro Internacional de Formación. Las nuevas tecnologías también eran herramientas indispensables que contribuirían a mejorar la prestación de servicios y, por tanto, deberían vincularse a la iniciativa de la Oficina relativa al futuro del trabajo.
- 23.** La representante del Gobierno de la Federación de Rusia puso de relieve el acceso insuficiente de muchos países a la atención de salud a causa de la escasez de personal sanitario. El envejecimiento de la población incrementaba la demanda de atención sanitaria y, por consiguiente, de profesionales de la salud. Su Gobierno ponía en práctica medidas proactivas destinadas a formar mayores cantidades de profesionales sanitarios. Con la

adopción, en 1993, de la legislación sobre seguro médico obligatorio, la Federación de Rusia estableció el derecho de toda la población a la atención de salud. Los residentes temporales o permanentes gozaban de la protección de seguro, y quienes solicitaban asilo también tenían derecho a cobertura en virtud de la Ley Federal sobre los Refugiados. La formación del personal sanitario se llevaba a cabo en 86 institutos técnicos federales, cuyo porcentaje medio de asignación presupuestaria era del 57 por ciento. Esas medidas habían resultado eficaces, puesto que el porcentaje de personal médico y farmacéutico que había concluido recientemente actividades de formación había alcanzado el año pasado el 87,7 por ciento de titulados en atención de salud. Se habían establecido centros especiales de formación para impulsar el desarrollo de competencias profesionales. Además, a través del Ministerio de Salud, se estaban llevando a cabo labores preparatorias con miras a promover la formación continuada en el lugar de trabajo, también en el ámbito de los productos farmacéuticos. En 2016, el Ministerio había establecido un portal para la formación continuada del personal sanitario que contaba con diversos programas y actividades de educación formal, por cuyo conducto 349 gabinetes médicos individuales ya se habían inscrito en un listado compuesto por personal médico y 11 000 programas destinados al perfeccionamiento de las competencias de los profesionales de la atención de salud. En la Federación de Rusia había, en esos momentos, aproximadamente 45,9 profesionales médicos y 105,8 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes. El empleo total en el sector de la salud se mantenía constante en 4,4 millones de personas, una cifra que representaba un 6,6 por ciento de la fuerza de trabajo del conjunto de la economía. Aproximadamente el 79 por ciento del personal sanitario se consideraba muy calificado, como los profesionales médicos y los trabajadores médicos de nivel medio. En virtud del programa gubernamental, el 1.º de enero de 2018 los salarios del personal médico y del personal sanitario de nivel medio representarán el 200 por ciento y el 100 por cien del salario medio nacional, respectivamente. En el Código Nacional del Trabajo se establecía que las jornadas laborales en el sector de la salud no deberían superar las 39 horas semanales, una cifra que debía ajustarse en función de los trabajos específicos o las funciones concretas de los profesionales sanitarios. En consecuencia, la cantidad total de horas trabajadas podía oscilar entre 36, 33, 30 ó 24 horas semanales. Durante los últimos diez años, la esperanza de vida había aumentado en cinco años y se mantenía la tendencia al alza. Desde 2003, la tasa de mortalidad nacional se había reducido de manera constante, hasta alcanzar un mínimo histórico en 2016 entre madres, niños y recién nacidos.

24. El representante del Gobierno de Sudáfrica reconoció las conexiones existentes entre los temas presentados en el informe elaborado por la Oficina y las conclusiones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, y llamó la atención sobre una reunión ministerial celebrada en Ginebra, los días 14 y 15 de diciembre de 2016, a fin de aprobar un plan de acción quinquenal concebido para aplicar las diez recomendaciones de la Comisión. Ese plan de acción también podría hacer las veces de Hoja de ruta para abordar algunas de las cuestiones planteadas en el informe y en las conclusiones dimanantes de la Reunión, como las relacionadas con la promoción de las inversiones destinadas a la creación de trabajo decente en el sector de la salud, el aumento al máximo de la contribución económica de las mujeres al mercado de trabajo en el ámbito de la salud, la reforma de los modelos de servicio, y el fomento de la colaboración intersectorial a nivel nacional, regional e internacional. La creación de empleo decente era un desafío que afectaba a toda la población mundial y, en especial, a la de los países en desarrollo, por lo que convenía desplegar esfuerzos conjuntos a fin de determinar, con carácter prioritario, programas que permitieran reducir el desempleo. Para dar respuesta a ese reto, el mantenimiento de un diálogo social proactivo era indispensable. Las asociaciones público-privadas se erigían como importante oportunidad para la colaboración, sin duda esencial, porque la financiación seguía siendo un auténtico reto para todos los países. La cooperación en materia de formulación de políticas entre organizaciones como la OIT y la OMS también era relevante. Convendría someter a seguimiento los compromisos de índole técnica y financiera asumidos por el G-20 (agrupación de las 20 principales economías del mundo) y materializar tales compromisos, respetando plenamente la

responsabilización nacional de los gobiernos. La tasa de desempleo registraba niveles máximos a causa del lento crecimiento de la economía mundial y de otros factores que entorpecían la creación de empleo. Por consiguiente, la inversión extranjera directa, la integración de la mujer en la fuerza de trabajo, y el empleo juvenil en el sector de la salud eran algunas de las medidas que podrían contribuir a una mayor creación de trabajos decentes. Por su parte, el desempleo juvenil seguía siendo un enorme problema en todo el mundo. Por citar un ejemplo, el 50 por ciento de la población desempleada de Sudáfrica eran jóvenes. Por otro lado, la migración de los profesionales de la salud constituía otro reto acuciante agudizado por la remuneración baja, la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo, y la falta de oportunidades de desarrollo profesional. La OIT tenía un cometido que desempeñar en la determinación de los retos existentes a nivel nacional, así como también en lo referente a la promoción de programas que alienten la ratificación y el cumplimiento de los instrumentos pertinentes en todos los países.

- 25.** La representante del Gobierno de Túnez puso de relieve la sólida estructuración del sistema nacional de salud de su Gobierno, respaldado por el Ministerio de Asuntos Sociales, en cuyo marco se habían suscrito compromisos con aseguradoras, organizaciones de protección civil y otras entidades. Sin embargo, se exigía a las empresas el establecimiento de sus propios servicios de salud independientes para proteger la salud y la seguridad en sus lugares de trabajo, mejorar la medicina laboral y crear equipos sanitarios. También se había elaborado un plan para el establecimiento de unidades de salud en grandes áreas industriales, la ampliación de la formación del personal médico en el ámbito de la medicina del trabajo y otros especialistas en SST, y la realización de actividades informativas relacionadas con la SST a nivel regional y nacional. Recientemente, el Gobierno y los interlocutores sociales habían firmado un contrato social en el que se definían las políticas nacionales en materia de SST.
- 26.** La representante de la OMS apuntó un caso de colaboración tripartita análoga que tuvo lugar el año pasado entre la OMS, la OIT y la OCDE en el marco de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, un acontecimiento que brindó la oportunidad no sólo de vincular cuestiones sanitarias y laborales, sino también de plantear argumentos macroeconómicos y de inversión en favor de la asignación de recursos al personal sanitario. Hizo hincapié, asimismo, en que ese personal comprendía, entre otros actores, no sólo los profesionales formados clínicamente, sino también aquellos que participaban en actividades de prevención y promoción, así como en la prestación de cuidados paliativos y atención social, y también los trabajadores del sector de la salud que ayudaban activamente en la prestación de servicios sanitarios, como los organismos profesionales, los órganos reguladores, los órganos directivos y quienes desarrollaban su actividad en los servicios de hotelería y restauración, la gestión de instalaciones, los servicios de ingeniería y otros ámbitos. Se apuntó que la fuerza de trabajo operaba en los sectores público y privado, así como también en las economías formal e informal. La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas había establecido claramente que los recursos asignados al sector de la salud eran una inversión y no suponían un costo. Ahora bien, era de lamentar que, durante las épocas de la austeridad, los gobiernos y los empleadores con frecuencia trataban de menoscabar las condiciones laborales, reducir las plantillas o modificar la combinación de competencias esenciales del sector. Esas medidas habían repercutido negativamente en la consecución de la cobertura sanitaria universal y el desarrollo sostenible. Conviene señalar, además, que en ese momento estaba ampliamente aceptado que el fomento de la autonomía económica de las mujeres era uno de los medios más rápidos para lograr un crecimiento inclusivo y sostenible. Datos recientes de la OIT indicaban que dos terceras partes del personal sanitario eran mujeres, un hecho que ponía de manifiesto su enorme potencial para impulsar el progreso económico y social mediante la aplicación de políticas que tuvieran en cuenta las cuestiones de género. Se acogió con beneplácito la propuesta planteada por el Grupo de los Trabajadores para alentar el acuerdo tripartito sobre el plan de acción quinquenal para la aplicación de las recomendaciones de la

Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas. El orador señaló, asimismo, que el plan de acción también se sometería a discusión en la siguiente reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, que tendría lugar el próximo mes. Algunos de los ámbitos técnicos que comprendía el plan de acción eran la migración, la contratación ética, la educación y el aprendizaje permanente, la discrepancia mundial entre oferta, demanda y la necesidad de mano de obra, la inversión en la educación del futuro, y la protección de los trabajadores sanitarios, no sólo cuando debían hacer frente a crisis de salud pública, sino en todas las circunstancias. La presente Reunión brindó una oportunidad para armonizar en mayor medida las actividades de los ministerios de salud y de trabajo a fin de garantizar iniciativas sólidas y coordinadas en el seno de ambas carteras.

27. El representante de la International Pharmaceutical Federation (FIP) hizo notar que su organización representaba a unos 3 millones de profesionales farmacéuticos por conducto de 139 asociaciones nacionales. Apuntó que en los ODS, en particular en la meta 3c, se hacía referencia directa al personal sanitario, y esa meta se asociaba con un único indicador para cuantificar los progresos relacionados con la densidad y la distribución de los trabajadores del ámbito de la salud. La adopción de ese indicador constituía un gran avance, puesto que el conjunto de datos conexo medía la densidad de cinco profesiones, a saber, el personal médico, de enfermería y de partería, los dentistas y los farmacéuticos, y se ampliaría progresivamente a fin de dar cobertura a los demás colectivos sanitarios. Por consiguiente, era adecuado que tanto en el informe como en la discusión se tuvieran en cuenta las cinco profesiones, incluidos los profesionales farmacéuticos. La labor de organismos profesionales como la FIP debería tener la consideración de conjunto de mejores prácticas. En 2016, la FIP había organizado la primera conferencia mundial sobre farmacia y educación en ciencias farmacéuticas. En ese foro se perfiló una visión de conjunto de la educación en el ámbito farmacéutico y la fuerza de trabajo de ese sector, y se adoptaron 13 objetivos de capacitación de la fuerza de trabajo del sector farmacéutico y 67 declaraciones sobre expectativas a nivel internacional relativas a sistemas educativos en farmacia que fueran eficaces para satisfacer las necesidades locales. Tales recomendaciones eran acordes con las formuladas por la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas y podrían traducirse a fin de respaldar la adopción de conclusiones y medidas ulteriores. En la presente Reunión deberían analizarse dos aspectos adicionales relacionados con las condiciones de trabajo, por un lado, las consecuencias del envejecimiento de los trabajadores sanitarios en sus condiciones de trabajo, y por otro, las condiciones experimentadas durante la formación vivencial, como los programas de residencia o las pasantías.
28. El representante del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) explicó que su organización era una federación integrada por más de 130 asociaciones nacionales de enfermería. Felicitó a la Oficina por el excelente informe, en el que se destacaban aspectos fundamentales que afectaban al personal sanitario. Una buena atención de salud era fruto del trabajo en equipo. La magnitud de los profesionales de enfermería y partería, unos 20 millones en todo el mundo, era enorme, y su labor condicionaba la vida diaria de personas, pacientes, comunidades y poblaciones. Recientemente, el CIE había publicado un informe basado en estudios de casos en el que se analizaban prácticas en el ámbito de la enfermería en todo el mundo; en él se ponía de manifiesto que los efectos del trabajo diario de enfermeros y enfermeras iba mucho más allá de la mera contribución al logro del ODS 3 consagrado a la salud y el bienestar. El personal de enfermería era decisivo para mejorar el acceso a los servicios de salud, no sólo por sus cifras absolutas, sino también por las innovaciones que aportaba a su labor. Un incremento de la inversión en educación y formación profesional continuada era importante porque permitía establecer modos innovadores de prestar los servicios a los pacientes. La constante escasez de personal de enfermería a nivel mundial seguía siendo una de las principales causantes de la migración de los miembros de ese colectivo. Si bien la movilidad laboral aportaba beneficios, muchos países no hacían todo lo posible por autoabastecerse y satisfacer así la demanda interna de personal sanitario. Se necesitaban mecanismos más transparentes de presentación de informes, así como datos y

baremos más claros, para determinar la proporción de trabajadores locales y profesionales contratados más allá de las fronteras. A pesar de la necesidad de mejorar las medidas de contratación, también debían dedicarse esfuerzos a la retención de los trabajadores sanitarios. El orador acogió con satisfacción la referencia que en el informe de la Oficina se hacía a los niveles seguros de dotación de personal, una cuestión que no había dejado de ser uno de los retos más acuciantes que afectaba al desenlace de los pacientes y a la salud y el bienestar del personal de enfermería. También se señaló la necesidad de redoblar esfuerzos a fin de alentar la ratificación y la aplicación del Convenio núm. 149.

29. La representante de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (ICOH) felicitó a la Oficina por el informe y manifestó su deseo de colaborar con la OIT y la OMS, en particular en pro de la reducción de la escasez mundial de trabajadores sanitarios.

IV. Composición del Grupo de Trabajo

30. En su quinta sesión, y de conformidad con las disposiciones del apartado 2 del artículo 13 del Reglamento de las reuniones sectoriales, la Reunión constituyó un Grupo de Trabajo con miras a preparar el proyecto de conclusiones en el que se tendrían en cuenta las diversas observaciones, propuestas y sugerencias planteadas durante la discusión mantenida en la Reunión.
31. La Sra. H. Kherrou (Argelia), Vicepresidenta del Grupo Gubernamental, presidió el Grupo de Trabajo, integrado por los miembros siguientes:

Grupo Gubernamental

Brasil	Sr. P. Sanges Ghetti
Chile	Sr. P. Lazo Grandi
India	Sr. S. Singh
Malta	Sr. A. Xuereb
Filipinas	Sr. D. Cruz
Sudáfrica	Sr. K. Letoaba
Países Bajos	Sr. W. Kruijsen
Togo	Sr. S. Kokou Kevi

Grupo de los Empleadores

Polonia	Sr. G. Juszczak
Kenya	Sra. A. Kamau
Australia	Sr. D. Long
Zambia	Sra. M. Mubita
Suriname	Sr. J. Van Charante
España	Sr. A. Vicente Pérez
Jamaica	Sr. D. Wan

Grupo de los Trabajadores

Alemania	Sr. H. Beck
República de Corea	Sra. J. Yoo
Australia	Sra. J. Kiejda

Francia	Sra. R. Pavanelli
Sudáfrica	Sra. R. Thandeka Msibi
Estados Unidos	Sra. A. Twomey
Argentina	Sr. C. West Ocampo
Argentina	Sr. J. Yabkowski

El Grupo de Trabajo sobre las conclusiones celebró dos sesiones y sometió su proyecto de conclusiones a la consideración de la Reunión en la última de sus seis sesiones.

V. Discusión punto por punto

Desafíos y oportunidades en la promoción del trabajo decente en el sector

32. La Secretaria Ejecutiva, al presentar el primer punto propuesto para la discusión, observó que los debates relativos al mismo buscaban estimular el intercambio de experiencias sobre los desafíos y las oportunidades en la promoción del trabajo decente en el sector de la salud y el modo en que incidían en el acceso a los servicios de salud y la calidad de los cuidados. Las cuestiones enumeradas en el punto para la discusión no pretendían restringir la discusión, sino más bien brindar amplias posibilidades de intercambio de ejemplos a nivel nacional o de grupo.
33. El portavoz del Grupo de los Empleadores hizo hincapié en que todos los trabajadores del sector de la salud eran conscientes de los desafíos a los que se enfrentaban, con inclusión de las prolongadas horas de trabajo, la exposición a situaciones complejas, como aquellas con implicaciones para la seguridad y la salud, así como también con presencia de riesgos biológicos. Las condiciones de trabajo tenían que ser flexibles con miras a satisfacer las necesidades médicas de la sociedad y, al mismo tiempo, debían basarse en las circunstancias propias de cada país en cuanto a los derechos fundamentales en el trabajo, la libertad sindical, la negociación colectiva, la eliminación del trabajo forzoso y el trabajo infantil, y la discriminación en el trabajo. En lo referente a esas cuestiones, el informe de la Oficina presentaba una imagen más bien negativa en relación con el Grupo de los Empleadores. No era realista centrarse en ejemplos de condiciones laborales extremas. El problema radicaba, más bien, en la escasez de profesionales de la salud. Los gobiernos debían mostrarse más dispuestos a que los farmacéuticos colaboraran en la prestación de servicios de salud de carácter tanto público como privado, puesto que en las zonas rurales a menudo el acceso a esos profesionales resultaba más sencillo. En cuanto al desarrollo de competencias, el personal médico, de enfermería o de farmacia debería recibir mejor formación. Los empleadores estaban dispuestos a elaborar e impartir programas adicionales de formación centrados en las necesidades futuras del sector así como en el uso de las nuevas tecnologías. Sin embargo, los gobiernos debían incentivar esas actividades mediante desgravaciones fiscales y otros acicates a fin de incitar a más personas a trabajar en zonas rurales. Los gobiernos también deberían plantearse la posibilidad de constituir fondos nacionales reservados para quienes, llegado el momento, necesiten asistencia médica. Los trabajadores auxiliares o los trabajadores sanitarios con contratos fijos tenían los mismos derechos y obligaciones y, en consecuencia, deberían estar sujetos a la misma reglamentación gubernamental. Nada era más peligroso que una aplicación parcial de la reglamentación limitada a una parte de los trabajadores.
34. Un miembro del Grupo de los Empleadores de Polonia, a fin de explicar el problema de la escasez de trabajadores sanitarios, recurrió a los resultados de un estudio elaborado por una

universidad de Varsovia según los cuales sólo el 45 por ciento de los graduados de la última promoción habían solicitado la inscripción formal en el colegio de enfermería de Polonia, por lo que menos de la mitad del personal formado trabajaría en el sector de la salud en ese país o la Unión Europea. La oferta laboral en el sector sanitario era amplia, pero convenía aplicar incentivos fiscales o de otra índole para atraer trabajadores al sector.

- 35.** Un miembro del Grupo de los Empleadores de Suriname añadió que, en los últimos cuarenta años, trabajadores, empleadores y gobiernos habían aportado una cantidad notable de dinero a la cadena de suministro del sector médico, pero sólo unos pocos se habían beneficiado de ello. Aunque los jóvenes realizaban escasas reclamaciones a los seguros de salud, se veían obligados a pagar primas elevadas. Los gobiernos nacionales deberían estudiar la posibilidad de establecer fondos exentos de cargas impositivas con miras a crear reservas para las personas de edad avanzada y la población que envejece, quienes más necesitarán los servicios de salud en el futuro.
- 36.** La portavoz del Grupo de los Trabajadores destacó el hecho de que los sistemas fiscales fracturados causaban graves injusticias en todo el mundo. La evasión fiscal y las lagunas en el ámbito tributario provocaban la escasez de los recursos necesarios para financiar los sistemas de salud y otros servicios públicos. La fiscalidad debería abordarse como una cuestión estrechamente vinculada con la consecución del objetivo de la cobertura sanitaria universal. Se admitía que los ajustes fiscales eran un mecanismo que contribuía a la creación de empleo en el sector de la salud, pero los incentivos fiscales no eran el método que permitiría incrementar el empleo o mejorar las condiciones de trabajo. La escasez de fuerza de trabajo en el ámbito de la salud se debía a los recortes en la financiación de los sistemas de salud fruto de la austeridad o los programas de ajuste estructural. Asimismo, el sector de la salud ya no resultaba atractivo para los jóvenes o los trabajadores potenciales. Otros factores, como los riesgos profesionales, la morbilidad, la mortalidad de los pacientes y la creciente cantidad de demandas por mala praxis, provocaban la renuncia de los trabajadores a continuar con sus carreras en el sector de la salud ante la falta de una compensación adecuada. A nivel mundial, esos factores se traducían en unas tasas de absentismo al alza, el abandono prematuro del sector por parte de los trabajadores, y profesionales de la salud con enfermedades agudas y crónicas.
- 37.** El brote de la enfermedad provocada por el virus del Ébola hizo evidente cuán importante es disponer de trabajadores sanitarios bien formados, preparados y equipados para afrontar una crisis de esa magnitud. Una encuesta sobre las condiciones de trabajo de aproximadamente 220 000 trabajadores sanitarios de Guinea, Liberia, Sierra Leona y Nigeria había revelado que los profesionales de la salud en la región tenían que gestionar el brote de ébola prácticamente sin equipos ni suministros básicos para prevenir la transmisión de la enfermedad. Como consecuencia, murió un millar de trabajadores médicos. En ese sentido, la oradora señaló a la atención de la Reunión una encuesta sobre las condiciones de trabajo elaborada en 2016 por el Sindicato Coreano de Trabajadores Médicos y de la Salud (KHMU), según la cual la media de horas de trabajo semanales en el país era de 45,6 horas, mientras que la media correspondiente a descansos y pausas para la comida de los trabajadores hospitalarios era de 39,2 minutos. A pesar de la prohibición establecida por ley, se obligaba a numerosas mujeres a seguir el denominado «calendario forzoso de embarazo» por la escasez de personal sanitario. La violencia contra el personal de enfermería había conllevado un incremento de los casos de suicidio, así como también un aumento de los profesionales de la enfermería que querían renunciar a sus empleos. La encuesta también ponía de manifiesto que el 76 por ciento del personal de enfermería quería abandonar el trabajo hospitalario, mientras que el 76,6 por ciento de los encuestados consideraba que sus condiciones de trabajo no les permitían prestar servicios de salud de manera adecuada. Al mismo tiempo, se multiplicaban los indicios de eliminación de sindicatos en el país, y se habían documentado casos de tentativas de cierre de empresas de atención de salud cuando el KHMU quiso afiliarse al sindicato en sus lugares de trabajo.

-
- 38.** La oradora apuntó que, en la mayoría de los países, los sistemas de salud pública seguían siendo objeto de ataques debidos a las políticas de austeridad y los ajustes estructurales, y señaló el Brasil y Australia como ejemplos. El Gobierno del Brasil había aprobado una reducción en el gasto público durante los próximos veinte años y, al mismo tiempo, había subcontratado todos los servicios, una infracción de los acuerdos nacionales e internacionales que menoscababa los derechos sociales de los brasileños. En el Estado australiano de Nueva Gales del Sur, cabía destacar la gran inquietud que suscitaba el otorgamiento a un proveedor privado de una concesión para el diseño, el establecimiento y la explotación de servicios sanitarios en dos de los principales hospitales de Sidney durante un período de 99 años; una práctica que había resultado ser una gran carga para los contribuyentes cuando el sector público tenía que rescatar esos servicios recién privatizados.
- 39.** A escala mundial, los niveles de precariedad de la fuerza de trabajo crecían, y solían imponerse contratos de corta duración. Entre otros, se destacó el caso de Irlanda, país en el que los contratos de cero horas eran cada vez más presentes y se constituían sindicatos a fin de garantizar la seguridad y la estabilidad de los ingresos y proteger y fomentar el ejercicio de los derechos de negociación colectiva de los trabajadores sanitarios.
- 40.** Gobiernos, empleadores y trabajadores debían encontrar un enfoque equilibrado para la prestación de cuidados a los pacientes. La reducción de costos o de las partidas presupuestarias no podía ser la cuestión prioritaria, como había quedado claro con diversos estudios que mostraban los beneficios económicos de la inversión en servicios de atención de salud para todos los trabajadores, empleadores y la sociedad y la economía en su conjunto. Era importante considerar los diversos aspectos relacionados con la prestación de cuidados a largo plazo y la atención infantil, incluidas las labores de prestación de cuidados a domicilio, en la medida en que guardaban relación con diversas formas de precariedad en las condiciones de trabajo, como los contratos de cero horas, las jornadas laborales prolongadas, el tiempo de desplazamiento no remunerado y los salarios. Los éxitos cosechados en los Estados Unidos, Uruguay y Argentina habían evidenciado la posibilidad de mejorar las condiciones de trabajo mediante el diálogo social y la negociación colectiva. La OIT gozaba de un amplio margen para brindar mayor apoyo en ese sentido. Por su parte, la corrupción en las cadenas mundiales de suministro era un problema de primer orden para la atención de salud, ya sea a nivel global, en relación con la tecnología y los productos farmacéuticos, o bien a un nivel más específico, por ejemplo, con los delitos menores cometidos en hospitales. Todos esos casos de corrupción empañaban la imagen de los trabajadores sanitarios y, por tanto, debían adoptarse medidas integrales para abordar esa cuestión, también mediante la protección de las personas que denunciaban irregularidades. De forma análoga, la migración se mantenía como uno de los aspectos cruciales del sector. No era aconsejable alentar a los países a preparar y exportar profesionales de la salud, pero convenía estimular la educación y la formación de los trabajadores sanitarios que lo necesitaran en cada país. Se requería con carácter de urgencia la plena aplicación y observancia del Convenio núm. 97, Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143) y la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de las Naciones Unidas de 1951, así como la prestación de protección social y el acceso a la salud y a otros servicios públicos. También se necesitaban políticas que tuvieran en cuenta las cuestiones de género a fin de superar las desigualdades y conferir mayor atractivo al sector de la salud para el empleo de mujeres, chicas y jóvenes.
- 41.** Un miembro del Grupo de los Trabajadores de la Argentina destacó la importancia de la adaptación al cambio tecnológico y las tendencias que conformaban el futuro del trabajo. El modo en que gobiernos y empleadores gestionaban ese cambio, en particular cuando todas las previsiones apuntaban al crecimiento del sector de la salud por la evolución demográfica y el aumento de la esperanza de vida, suscitaba preocupación entre los trabajadores. Más que nunca, los sindicatos y la OIT deberían fijarse metas concebidas para dar respuesta a la rápida transformación del sector de la salud y, de ese modo, satisfacer las demandas de los trabajadores, promover el crecimiento del sector formal y garantizar el respeto de las reglas

del juego, incluido el derecho de huelga y el derecho a la formación y el aprendizaje permanente. Así, los convenios colectivos eran indispensables para salvaguardar los derechos de todos los trabajadores. El pago de un salario justo a los trabajadores, y la asignación de las pausas y las vacaciones necesarias para que pudieran descansar y, en última instancia, mejorar la calidad de la atención, era un deber social. Por su parte, los gobiernos eran responsables de velar por la existencia de servicios de salud para el conjunto de la población con independencia del sector de origen, ya fuera público o privado.

42. Un miembro del Grupo de los Trabajadores de Australia observó que las condiciones de trabajo del personal de enfermería y partería habían experimentado cambios notables a lo largo de los últimos decenios. Desde entonces, la dotación de personal antaño copiosa, los conjuntos de competencias apropiados, y los escasos turnos con horas extraordinarias habían sufrido un retroceso constante, y el personal de enfermería y partería se había visto obligado a realizar horas extraordinarias sin percibir a cambio una compensación adecuada. Por causa de las condiciones de trabajo, los trabajadores sanitarios no podían prestar los mejores cuidados a los pacientes. Asimismo, los gobiernos, al optar cada vez más por la privatización, socavaban los servicios públicos. El acceso a los servicios debería ser universal, y no depender de la ubicación geográfica (rural o urbana) ni de los medios económicos de una persona. A pesar del despliegue de una importante campaña por parte de su asociación en contra de la privatización de cinco grandes hospitales del extrarradio de Sidney, el Gobierno había proseguido con sus planes. El sistema de atención de salud de Australia se asemejaba cada vez más al modelo estadounidense basado en los seguros privados. Uno de los motivos de preocupación más importante relacionado con esa cuestión era la pérdida de los derechos adquiridos y las condiciones de trabajo de los trabajadores que abandonaban empleos del sector público para integrarse en el sector privado. Los estudios indicaban que la dotación de personal obligatoria proporcionaba los mejores resultados posibles para todos los actores implicados, pero las organizaciones del sector privado se mostraban reacias a mantener esos estándares por el temor a poner en peligro la flexibilidad y las prerrogativas de la dirección. Como resultado, los trabajadores cada vez estaban más explotados porque los beneficios económicos, y no las necesidades de los pacientes, se habían convertido en el factor determinante. Los cuidados prestados a los ancianos, que en Australia se inscribían en la categoría de «cuidados prestados a las personas de edad», tenían que hacer frente a notables obstáculos por la creciente privatización y la asignación de las tareas relacionadas con los cuidados a grandes empresas, a menudo multinacionales, en cuyas operaciones primaban los beneficios. En una encuesta reciente elaborada por el Sindicato Nacional de Personal de Partería se puso de manifiesto que los pacientes necesitaban prácticamente el doble de horas de cuidados que el tiempo de atención realmente recibido, sólo el 15 por ciento de los trabajadores era personal de enfermería colegiado, y únicamente el 10 por ciento eran profesionales titulados. Muchos cuidadores no estaban colegiados y su remuneración era insuficiente. Asimismo, el envejecimiento de la población suponía un alza en la demanda de servicios de salud. La intensificación y la mejora de la colaboración a nivel regional e internacional permitirían abordar esos problemas de una manera más adecuada. Los gobiernos eran responsables de garantizar la prestación de servicios de atención de salud adecuados en condiciones de trabajo decente.
43. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental hizo notar el reto que suponía la financiación de la atención de salud dadas las restricciones presupuestarias imperantes en todos los países, en particular como consecuencia de las crisis económicas de los últimos años. El sector tampoco podía atraer una cantidad suficiente de trabajadores a causa de las prolongadas horas de trabajo y la falta de una compensación adecuada. Muchos consideraban la atención de salud un sector vocacional más que una forma de empleo incentivada por el salario. El reto que suponía el envejecimiento de la población, un hecho cada vez más común en todos los países, agravaba la escasez de trabajadores sanitarios. La formación y las oportunidades para el desarrollo de competencias eran insuficientes, en particular ante los nuevos casos de epidemias y enfermedades, todos ellos sumamente exigentes. Además, muchos gobiernos se enfrentaban a las reticencias de los profesionales médicos a trabajar en áreas rurales por la

presencia de varias deficiencias, como la falta de servicios y escuelas. Sin embargo, también se presentaban diversas oportunidades para subsanar algunos de los desequilibrios, siempre que los gobiernos a nivel local, nacional, regional e internacional mostraran una sólida voluntad política para fomentar las condiciones de trabajo decente en el sector. La migración representaba un desafío y una oportunidad por igual; por un lado, la existencia de grandes cantidades de migrantes que necesitaban atención de salud podía agudizar el problema actual de escasez de trabajadores sanitarios, mientras que, por otro lado, la migración especializada podía resolver las deficiencias presentes en determinadas esferas de la atención de salud. Los sindicatos eran un interlocutor informado que podía contribuir a revelar deficiencias y retos específicos en el sector. La telemedicina y la medicina tradicional, habituales en muchos países, también tenían un gran potencial para encarar las deficiencias en la atención de salud.

44. Una representante del Gobierno de la Federación de Rusia presentó un programa de «personal médico rural» adoptado por su Gobierno en virtud del cual se incentivaba el traslado de profesionales de la atención de salud de zonas urbanas a áreas rurales, en el marco de contratos laborales de cinco años de duración por los que percibían un salario de 1 millón de rublos. Tras un período de prueba inicial, más del 80 por ciento de los participantes habían manifestado su deseo de ampliar su vinculación con el programa en las zonas rurales en las que habían ejercido. A raíz del programa, a lo largo de los últimos cinco años se había captado a más de 20 000 profesionales médicos para que se decidieran a trabajar en áreas rurales.
45. El representante del Gobierno de Malta sugirió que los desafíos en el sector de la salud podían convertirse en oportunidades. En el pasado, su Gobierno y los sindicatos habían mantenido posiciones contrapuestas, y la atención de los pacientes había sufrido consecuencias no deseadas. Esa experiencia ponía de relieve la importancia de conseguir un equilibrio adecuado mediante unas buenas relaciones laborales a fin de mitigar y resolver el problema de la escasez de trabajadores sanitarios.
46. El representante del Gobierno del Brasil recalcó que su Gobierno consideraba una cuestión prioritaria el problema de la escasez de personal sanitario, en especial en zonas rurales y remotas, y reconoció la importancia que tenía la mejora de las condiciones de trabajo del sector y la aplicación de reformas acordes a los ODS. Una cuestión que suscitaba especial inquietud era la disparidad actual en la distribución mundial de trabajadores sanitarios, como se destacaba en el párrafo 19 del informe de la Oficina. Había interés por debatir modos de solventar las desigualdades en el sector por conducto de la formación, el desarrollo de competencias y otras políticas conexas. El orador, en respuesta a los comentarios formulados por un representante del Grupo de los Trabajadores y, señalando las presiones a las que estaba sometida la economía brasileña desde la reciente recesión, señaló que el Gobierno se había visto obligado a tomar decisiones difíciles en materia de gasto al limitar de forma general el presupuesto nacional. En una ulterior enmienda al límite presupuestario constitucional se decretó que todo aumento presupuestario se basaría en la tasa de inflación y no en la tasa real de crecimiento. De ese modo, se abría la puerta a aumentos reales en el presupuesto de salud por conducto de reasignaciones presupuestarias de otros ministerios y otras fuentes. Entretanto, el Gobierno era consciente de que la nueva legislación en materia de subcontratación suscitaba preocupación entre algunos grupos, pero consideraba que los sistemas jurídico y laboral del país, ambos bien establecidos, proporcionaban foros adecuados en los que abordar y resolver las inquietudes y los desafíos en el ámbito de la legislación. En ese sentido, el Gobierno estaba dispuesto a celebrar nuevos debates sobre ese asunto en un foro más conveniente, como la OIT.
47. El portavoz del Grupo de los Empleadores reiteró la importancia de la formación en favor del perfeccionamiento de los conocimientos profesionales de los trabajadores. En un mundo interconectado, la flexibilidad en las relaciones laborales, la formación y las condiciones de trabajo abrían el mercado a otros profesionales, como los farmacéuticos, y constituían incentivos para que trabajaran en áreas rurales.

-
48. La portavoz del Grupo de los Trabajadores destacó la necesidad de adoptar compromisos conjuntos y consensuar iniciativas para abordar las cuestiones planteadas en el informe de la Oficina y en la discusión ulterior. Los problemas detectados en el sector de la salud eran heterogéneos y debían tratarse a nivel nacional, quizás con la ayuda de la OIT a través del mantenimiento de diálogos nacionales.
 49. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental insistió en la necesidad de encontrar soluciones prácticas y constructivas dada la falta de una cantidad suficiente de fondos y recursos. Era importante analizar los mejores modos de atraer financiación y tender puentes entre los sectores público y privado.

Orientaciones, políticas, estrategias, programas y otras herramientas para el trabajo decente en el sector

50. La Secretaria Ejecutiva de la Reunión presentó el segundo punto propuesto para la discusión y señaló que se centraba en los tipos de orientaciones, políticas, estrategias, programas y otras herramientas necesarios para velar por el trabajo decente en el sector de los servicios de salud. Otro de los objetivos de la discusión también era determinar eventuales deficiencias concretas en las políticas y las herramientas.
51. La portavoz del Grupo de los Trabajadores afirmó que la garantía del trabajo decente en el sector de los servicios sociales y de salud pasaba indefectiblemente por la capacidad internacional, regional y nacional de aplicar las directrices, las estrategias, los programas y los instrumentos. Debían tenerse en cuenta todos los factores que contribuían a mejorar la situación de todos los trabajadores, no sólo de los profesionales sanitarios, sino de todas las categorías de personal implicadas en la prestación de servicios de salud de calidad. Asimismo, también debía velarse por la promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres, los derechos de los migrantes, la SST, también en contextos humanitarios y en situaciones de emergencia para la salud pública. Dado el carácter determinante de las normas internacionales del trabajo para el suministro de orientación general destinada al conjunto del sector, debían ponerse en práctica iniciativas para fomentar la ratificación y la aplicación de los convenios y las recomendaciones clave de la OIT, a saber, el Convenio núm. 87, Convenio núm. 98, Convenio núm. 151 y el Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (núm. 154). A pesar de la existencia de un compromiso formal para aplicar las normas del trabajo, en numerosos países seguía habiendo importantes lagunas en materia de aplicación. El diálogo social, incluida la negociación colectiva, era igualmente decisivo para abordar los desafíos sistemáticos del sector de la salud. Ahora bien, la negociación colectiva no siempre era una opción abierta a todos los trabajadores sanitarios, puesto que muchos de ellos, en particular en el sector público, tenían prohibida la sindicación en numerosos países. Las medidas de austeridad habían supuesto recortes drásticos de la financiación pública y la congelación de los salarios, un hecho que, *de facto*, había socavado la capacidad de la negociación colectiva para millones de trabajadores. Muchos profesionales sanitarios, como los de Nigeria, tenían que trabajar sin percibir remuneración alguna durante meses, una circunstancia que constituía una nueva forma de trabajo forzoso.
52. También era preciso realizar un estudio general del Convenio núm. 149 y fomentar su aplicación. Se requería, asimismo, una definición común de los registros nacionales de personal sanitario (NHW), puesto que se trataba de una herramienta de utilidad para fines de formulación de políticas basadas en datos empíricos y planificación del personal sanitario, incluidos los requisitos educativos. La educación debería ser gratuita y accesible a todos, y era especialmente importante que se animara a las niñas a recibir educación. Se necesitaban diversas modalidades de formación y educación, no sólo para los profesionales médicos y de la salud, sino también para todos los trabajadores dedicados a la prestación de servicios públicos. Asimismo, convenía eliminar las barreras innecesarias a la educación, dado que dificultaban la formación de más trabajadores sanitarios. Debía establecerse una dotación

especial reservada para el desarrollo profesional continuo de todos los trabajadores del sector, y disponerse opciones de aprendizaje permanente, también en esferas como el diálogo social y la negociación colectiva. La promoción de la igualdad de género y los derechos de las mujeres era fundamental, y una condición indispensable para acabar con las desigualdades de remuneración entre hombres y mujeres. Los salarios bajos en el sector se debían a la feminización del personal sanitario. La protección de la maternidad y las facilidades para el cuidado de los niños eran cuestiones importantes para garantizar la paridad en la progresión profesional de las mujeres y también la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor en el lugar de trabajo. La ratificación y la aplicación del Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (núm. 100) eran imprescindibles.

- 53.** La oradora puso de relieve la necesidad de combatir la violencia en el lugar de trabajo a fin de reforzar la confianza de los trabajadores sanitarios. Debía promulgarse legislación en materia de riesgos para la SST con miras a afrontar los múltiples peligros predominantes en el sector, y deberían realizarse evaluaciones periódicas de las condiciones de trabajo y el tiempo de trabajo a fin de prevenir accidentes, así como garantizar la vacunación sistemática de los trabajadores sanitarios contra las infecciones que podrían contraer en el lugar de trabajo. La naturaleza del trabajo en el sector también hacía necesario que las políticas de SST concedieran la debida atención a los problemas del sistema osteomuscular. Para ello, la adecuada aplicación del Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155) era imprescindible. Si bien no se podía obviar la importancia de la migración de trabajadores sanitarios, no se podía considerar la solución a los problemas subyacentes del sector. Los empleadores debían garantizar la contratación ética y la retención de los trabajadores migrantes, también al posicionarse en contra del cobro de comisiones de contratación. El Código de prácticas mundial de la OMS y el Marco multilateral de la OIT para las migraciones laborales proporcionaban las directrices normativas necesarias para mitigar los aspectos negativos de la migración de los trabajadores sanitarios y potenciar los aspectos positivos de la misma. También convendría aplicar todos los instrumentos pertinentes de la OIT y la Organización de las Naciones Unidas para proteger los derechos de los trabajadores migrantes.
- 54.** La generación de una cantidad suficiente de financiación y recursos públicos era un reto que entrañaba gran dificultad, pero que debía encararse a fin de lograr el trabajo decente en el sector de la salud. La inversión en ese sector no debería entenderse como un costo, cuyo presupuesto podía recortarse como en el caso de una fábrica, en la que la generación de beneficios determinaba la prestación de servicios. Los gobiernos estaban obligados a garantizar la salud pública y, por consiguiente, tenían el deber de asignar una cantidad suficiente de fondos públicos a los servicios de salud. Era necesario respaldar la consecución de la cobertura sanitaria universal con recursos públicos, independientemente de si su prestación se realizaba por conducto de proveedores de servicios públicos o privados. Su Grupo consideraba necesario poner punto final a las asociaciones público-privadas en el sector, puesto que esos acuerdos no reportaban resultados satisfactorios. Una esfera tan sensible socialmente como el sector de la salud requería una sólida responsabilización pública y una estricta normativa de la financiación pública. Los gobiernos también tenían que igualar las condiciones de trabajo de los trabajadores de proveedores de servicios de atención de salud públicos y privados a fin de abordar problemas como el dumping social a nivel mundial, regional y local, cuestiones que debían tratarse mediante futuros talleres tripartitos de carácter regional.
- 55.** Un miembro del Grupo de los Trabajadores de la Argentina explicó que en su país existía una arraigada tradición de negociación colectiva en los servicios de atención de salud públicos y privados. Se había alcanzado un acuerdo con los proveedores privados de atención de salud para que destinaran un porcentaje de los salarios a la formación de los trabajadores sanitarios. Esa aportación debía abonarse directamente a los sindicatos para que ofrecieran las actividades de formación. Más de 40 institutos de formación de todo el país habían participado en la capacitación de miles de trabajadores sanitarios públicos y privados.

En 2008, en el marco de una prueba realizada en la provincia de Buenos Aires, se concedieron subvenciones a jóvenes que abandonaban la escuela secundaria para que estudiaran enfermería; como resultado, más de 10 000 jóvenes se convirtieron en profesionales de esa especialidad y, así, contribuyeron a reducir la escasez de ese tipo de personal en el país. Esos ejemplos ponían de manifiesto el potencial de la colaboración, el diálogo social y la negociación colectiva para optimizar los beneficios para el sector.

- 56.** El portavoz del Grupo de los Empleadores señaló la existencia de diversas cuestiones que requerían atención, incluida la presión ejercida para reducir la financiación pública como consecuencia de las crisis económicas y financieras del pasado, el aumento de la demanda de servicios de salud, el cambio demográfico, y las nuevas tendencias de estilo de vida en todo el mundo. Los presupuestos destinados a la atención de salud tanto pública como privada deberían emplearse para optimizar el servicio e incentivar mejoras en la atención de salud. A causa de las necesidades acuciantes del sector de la salud, convenía idear innovaciones eficaces y nuevos modelos de financiación, también mediante el establecimiento de incentivos fiscales, la introducción de mejoras en la gestión de los recursos económicos y humanos, en los servicios médicos y clínicos, así como a través del uso de los avances tecnológicos. La adopción de medidas como las señaladas en los ejemplos anteriores potenciaría la calidad de los servicios de salud. La creciente disparidad entre la oferta y la demanda de trabajadores sanitarios en la Unión Europea suponía que muchos de esos trabajadores tenían que asumir múltiples responsabilidades y trabajar en diferentes establecimientos. Era necesario propiciar una colaboración más intensa entre los sectores público y privado a fin de abordar con eficacia los desafíos a los que se enfrentaba el sector de la salud. Aunque numerosos países experimentaban disparidades análogas en cuanto a oferta y demanda, una diferencia clave entre ellos eran los medios financieros a su disposición para dar respuesta a tales desafíos. Por consiguiente, debían confeccionarse estrategias individualizadas de atención de salud, en algunos casos con inversiones públicas potencialmente más elevadas, y en otros con una mayor colaboración público-privada. Asimismo, la legislación también debería ser menos reactiva a fin de anticipar los problemas y abordarlos de manera proactiva. La cooperación entre gobiernos, empleadores y trabajadores era indispensable para fomentar los estilos de vida saludables, puesto que el 46 por ciento de las muertes y las enfermedades crónicas se debían a factores asociados al estilo de vida. Debían idearse campañas de sensibilización para concienciar a la población de la importancia de adquirir hábitos de vida saludables. A pesar del cambio demográfico de los últimos decenios, los gobiernos no habían logrado satisfacer las necesidades en materia de atención sanitaria primaria, dado que persistía la escasez de hospitales y de personal médico y de enfermería. Cabe señalar que los farmacéuticos desempeñaban una importante función en la mejora del acceso a la atención de salud, porque para los pacientes resultaba más sencillo acceder a esos profesionales. A diferencia de lo que sucedía en otros ámbitos, era más probable que el sector de la salud tuviera que hacer frente a la escasez de trabajadores que al desempleo. Por tanto, era importante considerar el refuerzo de la formación así como la mejora y el perfeccionamiento de las competencias de los trabajadores sanitarios. Los gobiernos deberían brindar asistencia e incentivos para mejorar las competencias y las condiciones de trabajo de los trabajadores ya empleados en el sector y atraer a trabajadores jóvenes. La brecha generacional se ahondaba entre los trabajadores del sector; a modo de ejemplo, la edad media de los trabajadores sanitarios en España aumentaba, mientras que se disponía de menos jóvenes para sustituir a los empleados de más edad. Por consiguiente, era fundamental incrementar el atractivo del sector, no sólo para el personal médico y de enfermería, sino también para los trabajadores auxiliares.
- 57.** Una cuestión apremiante relativa a la movilidad internacional de los trabajadores sanitarios era el reconocimiento universal de sus titulaciones y calificaciones entre los países. El personal médico cubano, caracterizado por sus elevadas calificaciones, constituía un ejemplo excelente de ese problema de falta de reconocimiento inmediato de las calificaciones, al tener que ejercer en calidad de médico general antes de poder actuar como especialista en España, por lo que resultaba complicado atraer a especialistas extranjeros altamente

calificados. Convenía establecer un mejor sistema de reconocimiento de las calificaciones médicas profesionales y la OIT debería actuar en calidad de líder a ese respecto. La innovación tecnológica propiciaba la rápida sucesión de cambios en el sector de la salud. A fin de mejorar los sistemas tecnológicos y poder prestar una atención de salud de calidad, se requería un marco transparente para el establecimiento de asociaciones público-privadas, que debería contar con una financiación mejorada y facilitar la cooperación internacional. En lo referente a la cuestión de la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor planteada por el Grupo de los Trabajadores, en opinión del orador sus salarios para las mujeres no eran inferiores a los de los hombres, y señaló el caso de España como ejemplo, país en el que el personal de enfermería de ambos sexos estaba sujeto a la misma escala salarial. Sin embargo, el Grupo de los Empleadores convino en que era fundamental que las mujeres gozaran del mismo acceso al empleo y de una remuneración igual a la de los hombres cuando realizaban un trabajo de igual valor, no sólo en el sector de la salud, sino en todos los ámbitos.

- 58.** La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental hizo hincapié en la necesidad de adoptar políticas y estrategias coherentes a nivel local, nacional e internacional por medio de la cooperación y la celebración de consultas. La colaboración con la sociedad civil y los interlocutores sociales a través de un diálogo social eficaz podría mejorar la situación de los trabajadores y, a su vez, optimizar la prestación de servicios. Se requería un enfoque integral para dar respuesta a los desafíos del sector de la salud — también por conducto de la implicación de diversos departamentos más allá de los ministerios de salud —, poner en práctica políticas eficaces, determinar las necesidades en materia de educación y formación, y colmar otras necesidades y lagunas. La previsión y la prevención eran fundamentales para conseguir un sector de la salud dinámico. La capacidad de prever las necesidades en materia de competencias y prepararse para ellas en función de las variables demográficas resultaba imposible sin el acceso a servicios de educación y formación. También era indispensable prever y prevenir las situaciones de emergencias, como la contaminación provocada por brotes epidémicos o accidentes nucleares, eventualidades que requerían de una planificación adecuada. Las particularidades de cada país, como la obesidad o la desnutrición, debían afrontarse mediante la aplicación de estrategias específicas. Asimismo, se necesitaban políticas encaminadas a garantizar una migración gestionada mediante la revisión salarial y el establecimiento de acuerdos de cooperación bilateral entre los países de origen y de destino a fin de evitar la fuga de talentos y retener a los trabajadores sanitarios en áreas remotas. También deberían suscribirse acuerdos con los trabajadores sanitarios que deseen formarse en el extranjero en virtud de los cuales se comprometieran a regresar a sus países de origen una vez concluidos los estudios. Se subrayó la relevancia de las asociaciones público-privadas y los mecanismos de inspección y de control como elementos clave para velar por la protección de los derechos de los trabajadores. También era importante fomentar la armonización de la legislación y las normas internacionales (por ejemplo, las de la OIT y la OMS), así como la prestación de asistencia técnica que ayude a los países a aplicar esas normas.
- 59.** El representante del Gobierno de Suiza hizo notar que, recientemente, su Gobierno había aprobado una estrategia sobre atención de salud concebida para garantizar una cantidad suficiente de personal sanitario dotado de las competencias adecuadas. Como parte de la estrategia nacional de salud, en 2016 se destinaron fondos adicionales al aumento de la cantidad de personal médico formado en el país. Cabe señalar que el Parlamento había promulgado leyes a fin de normalizar la legislación a nivel nacional. Asimismo, en 2011 también se puso en práctica una iniciativa para abordar la escasez de personal calificado en el sector de la salud, incrementar la productividad y reducir la dependencia de los trabajadores sanitarios formados en el extranjero. El primer pilar de esa estrategia se centraba en la formación y el desarrollo de competencias profesionales con miras a satisfacer las necesidades en materia de atención de salud y potenciar el equilibrio entre vida personal y vida laboral del personal sanitario. Los dos otros pilares tenían como objetivo conjunto el establecimiento de condiciones adecuadas para el empleo tras la jubilación y el incremento

de la productividad. El Consejo Federal Suizo había adoptado dos nuevos programas de apoyo al cuidado familiar. Ya se habían cosechado resultados positivos, incluidas alzas en la cantidad de profesionales que habían recibido formación universitaria y formación profesional superior. Sin embargo, los objetivos fijados para muchas de las medidas eran a largo plazo.

- 60.** El representante del Gobierno de la India explicó que, recientemente, la edad de jubilación se había retrasado en su país, entre otros objetivos, para reducir la escasez de trabajadores sanitarios. También se había instaurado un marco de responsabilidad social de las empresas y se había iniciado la ejecución de un programa de salud rural. Asimismo, se había puesto en marcha un programa adicional de atención de salud en el que se impartían actividades preescolares en calidad de medidas preventivas, por ejemplo, para evitar la desnutrición. Se habían implantado sistemas preventivos específicos concebidos para aprovechar los sistemas médicos tradicionales actuales, así como la telemedicina, para ampliar la prestación de servicios a las áreas rurales. Además, la licencia de maternidad se había prolongado de doce a veintiséis semanas en aras de la igualdad de género. También se preconizaba la práctica del yoga y otras actividades en calidad de medidas preventivas.
- 61.** El representante del Gobierno del Togo apuntó que, en ese momento, su país aplicaba nuevas medidas como parte del plan nacional de desarrollo sanitario, en el que se habían integrado los aspectos relacionados con la SST. Los organismos de seguridad y salud recibirían formación en diálogo social y SST, materias que propiciarían la comunicación entre el personal y la dirección. Esos organismos eran un medio para determinar riesgos biológicos como la enfermedad del Ébola, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida), las hepatitis, riesgos psicosociales y otros peligros a los que podían estar expuestos los trabajadores sanitarios. A largo plazo, podrían introducirse diversos aspectos nuevos sin que ello conllevara ningún costo adicional, hecho que beneficiaría tanto al personal como a la dirección. El Togo estaba inmerso en el proceso de ejecución de un programa de alcance nacional en materia de SST para profesionales de la salud que se centraba mayoritariamente en la formación. Por primera vez, el plan nacional de desarrollo sanitario contaba con una partida para la SST, hecho que favorecería que esa cuestión se tuviera en cuenta en el presupuesto nacional en los próximos años. Sin embargo, se necesitaba financiación adicional para respaldar la SST en el lugar de trabajo. Además, se requería orientación para la gestión de situaciones de emergencia y crisis, así como también para la adecuada protección del personal sanitario.
- 62.** El representante del Gobierno de la República Islámica del Irán explicó que las organizaciones de seguridad social de su país brindaban cobertura a 41 millones de asegurados. Asimismo, se había instaurado un programa exitoso de trabajo decente en el sector de la salud. Se habían construido 18 hospitales adicionales en todo el país, con un total de 10 500 camas, así como también 286 clínicas ambulatorias dotadas con 46 000 trabajadores sanitarios. En esas instalaciones se brindaba atención de salud a aproximadamente 1 millón de personas al año. Las condiciones de trabajo eran una preocupación fundamental, incluida la necesidad de reducir las horas de trabajo de los profesionales de la salud y garantizar una compensación justa. Con frecuencia, el personal sanitario estaba expuesto a condiciones nocivas y peligrosas. A lo largo de un período de ocho años, de 2007 a 2016, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (NIOSH) había conseguido mejoras sustanciales en ámbitos relacionados con la SST.
- 63.** El representante del Gobierno de Malta apuntó que podía recurrirse a estrategias concebidas para reincorporar al mercado laboral funcionarios jubilados en calidad de empleados de servicios públicos a fin de colmar las lagunas en cuanto a fuerza de trabajo, sin poner en peligro el empleo de los jóvenes. Habida cuenta de las restricciones presupuestarias, la eficiencia debería imponerse en el uso de los recursos. Convenía entablar un diálogo proactivo con otras partes interesadas, incluidos los sindicatos, los educadores y los proveedores de formación. Los servicios educativos tenían que ser acordes a las tendencias

específicas del país y contribuir a la orientación de las previsiones y la planificación del mercado de trabajo. Los gobiernos eran responsables de velar por la ausencia de malos tratos en el lugar de trabajo. En ese sentido, las asociaciones público-privadas constituían un medio eficaz de cooperación entre los gobiernos y el sector privado para la promoción de condiciones de trabajo decente.

- 64.** La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental, haciendo uso de la palabra en calidad de representante del Gobierno de Argelia, destacó que, para su Gobierno, anticiparse a las necesidades futuras del mercado de trabajo era una prioridad clave. El fondo nacional de pensiones de Argelia pronto tendría que hacer frente a la jubilación masiva de personal médico prevista para 2019 y 2020. El Gobierno trabajaba para dar respuesta a ese reto sin enmendar el Código del Trabajo. La igualdad de género, incluida la igualdad de remuneración por un trabajo de igual valor, era otra cuestión prioritaria. Argelia contaba con un mecanismo que velaba por la igualdad de remuneración a fin de evitar la discriminación en materia de salarios. Sin embargo, el problema residía en que muchas mujeres desempeñaban trabajos en el sector formal y también prestaban cuidados en el hogar por los que no percibían remuneración alguna.
- 65.** El Vicepresidente del Grupo de los Empleadores, en calidad de Presidente de la sesión plenaria de la tarde, declaró abierto el turno de intervenciones para proseguir con el debate del segundo punto.
- 66.** El representante del Gobierno de Italia insistió en el aprendizaje permanente, no sólo para los profesionales sanitarios, sino también para otros trabajadores del sector, incluidos los trabajadores sanitarios auxiliares. En primer lugar, explicó que el sector de la salud en su país contaba, por ejemplo, con 1 millón de profesionales de la salud, así como también con otro millón de trabajadores sanitarios auxiliares, y esos últimos mantenían con mayor frecuencia una interacción más estrecha con los pacientes, de ahí la importancia de ampliar los programas de aprendizaje permanente a los trabajadores de esa última categoría. En segundo lugar, comentó que, si bien las barreras impuestas al acceso a la universidad podían considerarse un problema desde el punto de vista de los estudiantes, en realidad también podían ser una herramienta de prevención de futuro desempleo en el sector. Con ese fin, Italia había establecido límites anuales de admisión de estudiantes según las previsiones de oferta y demanda de fuerza de trabajo en el sector. Un ejemplo de las consecuencias negativas de no imponer tales límites podía encontrarse en los farmacéuticos desempleados, un colectivo cifrado en ese momento en aproximadamente 5 000 profesionales, en especial entre los jóvenes titulados en farmacia, y las previsiones apuntaban a un aumento de esa cifra hasta los 50 000 desempleados en 2030. La mejora de la planificación de la fuerza de trabajo y de la capacidad de gestión en los planos nacional y local era una condición previa para dotar a la fuerza de trabajo sanitaria del número suficiente de trabajadores en el lugar adecuado y con las competencias necesarias, debidamente motivados, y sujetos a unas condiciones de trabajo decente. Se trataba de una cuestión fundamental, puesto que la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico había propuesto un ambicioso objetivo que instaba a aumentar las inversiones en la fuerza de trabajo sanitaria. No obstante, sin el apoyo a la gestión y la capacidad de planificación adecuados, una inversión de ese tipo podría suponer un aumento de los costos. Además, para poder crear y gestionar una futura fuerza de trabajo idónea y asegurar condiciones de trabajo decente, era preciso comprender las condiciones y características actuales de la fuerza de trabajo. Por consiguiente, una de las prioridades era asegurar que cada país recopilara datos actualizados y detallados sobre su fuerza de trabajo. El orador subrayó que la participación de las partes interesadas, tanto a nivel nacional como local, en particular representantes de los pacientes, era un factor decisivo en cualquier etapa de la planificación de la fuerza de trabajo y del proceso de gestión con objeto de asegurar la mayor equidad posible entre la fuerza de trabajo sanitaria. A nivel internacional, una de las prioridades era invertir en la gestión de la migración de la fuerza de trabajo sanitaria, y para

ello primero era preciso entender la magnitud de los flujos migratorios, con la colaboración de todos los gobiernos.

- 67.** El representante del Gobierno de España hizo hincapié en la necesidad de instaurar mecanismos de coordinación intersectorial. En su país se consideraba primordial la estrecha colaboración entre las autoridades sanitarias y las educativas. Teniendo presente la Agenda 2030, era primordial incluir la salud y la prevención de enfermedades en los programas educativos a la edad más temprana posible, puesto que los niños del presente eran los pacientes y los profesionales sanitarios del futuro. Era imperativo establecer medidas adecuadas de coordinación a fin de conciliar mejor la demanda de competencias del mercado de trabajo con las proporcionadas por las universidades y otras instituciones de enseñanza superior. De forma análoga, la coordinación era esencial a nivel internacional para supervisar y evaluar la educación y las calificaciones en aras de una atención de salud de alta calidad en beneficio de pacientes de todo el mundo.
- 68.** El representante del Gobierno del Brasil destacó la apuesta de su Gobierno por la coherencia con las estrategias y las políticas mundiales del sector. La OMS, en su Asamblea Mundial de la Salud (WHA), ya había debatido y adoptado resoluciones e instrumentos para muchas de las cuestiones examinadas, incluida la resolución WHA63.16 de la Asamblea Mundial de la Salud, relativa a un código de prácticas mundial sobre contratación, la resolución WHA64.6, relativa al fortalecimiento del personal sanitario en relación con su retención en áreas rurales, una cuestión de importancia extrema para muchos gobiernos; la resolución WHA66.23, relativa a la transformación de la formación de la fuerza de trabajo sanitaria para apoyar la cobertura sanitaria universal con vistas a fortalecer la capacidad en aquellas zonas en las que más se necesitaba el personal sanitario, como las áreas rurales, y la resolución WHA69.19, relativa a una estrategia mundial de recursos humanos para la salud, que incluía la necesidad de adoptar una visión sistemática de los requisitos en materia de atención de salud. A fin de fomentar la coherencia política internacional, era fundamental que todas esas decisiones e instrumentos se tuvieran en cuenta a la hora de elaborar las conclusiones de la Reunión. Asimismo, era igualmente imprescindible que la OIT escuchara las opiniones de los actores en el terreno sobre las realidades de las cuestiones a las que se enfrentaban y sus necesidades reales, todo ello para ayudar a los mandantes a constituir instituciones del mercado de trabajo que se encuentren en una situación inmejorable para respaldar sus sistemas nacionales de salud, y a capacitar y gestionar la fuerza de trabajo en pro de la consecución del trabajo decente en el sector.
- 69.** El representante del Gobierno de Filipinas puso de relieve el gran valor que su país otorgaba a la educación y la formación, en especial para trabajar en el sector. Filipinas generaba una gran cantidad de titulados en enfermería cada año, y el reto consistía en establecer mecanismos para que encontrarán empleo a nivel local. En última instancia, muchos de esos titulados buscaban trabajo en el extranjero, previo traslado de áreas rurales a zonas urbanas a fin de procurarse formación para esas ocupaciones en el extranjero, con la consiguiente escasez de trabajadores sanitarios en el ámbito rural. Se debatieron diversas opciones concebidas para incrementar el empleo local, como las asociaciones público-privadas, el turismo médico o la colaboración entre los países emisores y receptores en materia de formación y educación. El orador también apuntó que, a menudo, los trabajadores nacionales migrantes no gozaban todavía de la protección de la legislación laboral de diversos países de acogida, hecho que, a su vez, tendía a privarlos de seguro de salud. Era importante garantizar la protección de esos trabajadores, y que, como mínimo, incluso los trabajadores migrantes indocumentados gozaran de acceso a la atención de salud.
- 70.** La portavoz del Grupo de los Trabajadores hizo suya la opinión expresada por los Gobiernos sobre la necesidad de contar con enfoques mejor coordinados y más integrales para dar respuesta a los desafíos indicados en los debates sobre el punto objeto de discusión. El exceso de especialización en el sector de la salud incrementaba los costos, y no siempre resultaba eficaz a la hora de dar respuesta al conjunto de las necesidades de los pacientes. El

diálogo social era imprescindible como medio para consolidar muchas de las cuestiones analizadas. Se mostró de acuerdo con el representante del Gobierno de Filipinas en que los migrantes deberían gozar de acceso a la protección social y la atención de salud, dada su condición de derecho fundamental y cuestión de seguridad para las comunidades de los países receptores. La educación era otra esfera en la que el trabajo conjunto resultaba imprescindible para garantizar la armonización. La integración de los migrantes era otra cuestión que también debería tenerse en cuenta en los programas educativos y formativos. Las desigualdades de remuneración entre hombres y mujeres en todo el mundo seguían siendo un problema; incluso en Europa, esa diferencia alcanzaba un porcentaje medio del 22 por ciento, principalmente fruto de las diferentes vías para el desarrollo profesional para hombres y mujeres y una elevada frecuencia de ausencias de las mujeres a causa de la maternidad y el cuidado de los hijos. Los turnos prologados o las largas jornadas laborales perjudiciales para la salud que, cada vez con mayor frecuencia, los trabajadores sanitarios tenían que realizar se traducían en elevados costos tanto para el sector como para la sociedad en general. Era fundamental disminuir las tasas de reducción de personal e incrementar su retención a través de la mejora de las condiciones de trabajo y la garantía del trabajo decente. Los sistemas de pensiones basados en la prolongación de la vida laboral no eran adecuados para las personas cuyo trabajo supusiera la exposición a riesgos en el lugar de trabajo y condiciones de trabajo exigentes. Por último, la corrupción en los sistemas de atención de salud era un problema cada vez más estructural que debía abordarse y ello, a su vez, hacía imprescindible la protección de aquellos que denunciaban irregularidades. En respuesta a una observación anterior planteada por un delegado gubernamental, la oradora reiteró el punto de vista manifestado por su Grupo, según el cual las asociaciones público-privadas en los servicios de salud constituían un mecanismo para el traspaso de fondos de intereses públicos a privados y, como tal, provocaba endeudamiento público a largo plazo, por lo que no eran recomendables.

71. El portavoz del Grupo de los Empleadores insistió en que, a su juicio, existía un conflicto persistente entre dos prioridades: las necesidades de la sociedad en materia de salud y los elevados costos asociados a la satisfacción de tales necesidades. De hecho, las jornadas laborales en el sector eran prolongadas, pero ello era consecuencia de la escasez de personal. Además de dar respuesta a esos problemas, era fundamental transmitir una imagen adecuada de los trabajos en el ámbito de los servicios de salud a fin de atraer a los jóvenes a esos empleos. La mejora del acceso a una atención de salud de calidad era una responsabilidad compartida por los tres mandantes. Los gobiernos debían velar por la existencia de oportunidades de formación convenientes. El sector privado desempeñaba una función creciente en la esfera de la atención de salud, y era responsable de la generación de una cantidad cada vez mayor de puestos de trabajo, incluso en un contexto de progresiva restricción de la financiación pública. Todas las partes convinieron en la importancia de la migración, así como del reconocimiento de las calificaciones y las cuestiones conexas. El reconocimiento internacional de las calificaciones en el ámbito de la atención de salud se enfrentaba a diversos escollos, y en ocasiones cada vez más trabajadores sanitarios de zonas rurales traspasaban fronteras en busca de una mejor remuneración. Los gobiernos debían ejercer de líderes en la búsqueda de soluciones a esos desafíos. Las cuestiones de género analizadas, en particular en cuanto a la brecha salarial, a menudo estaban arraigadas en los valores de la sociedad, valores que debían corregirse cuanto antes, también desde la enseñanza básica. Gracias a la legislación en materia de igualdad de género, las diferencias salariales no eran un problema para las enfermeras en España.

Fortalecimiento del diálogo social para superar los obstáculos al trabajo decente en los servicios de salud

72. La Secretaria Ejecutiva presentó el tercer punto, relativo a la función del diálogo social.

-
73. El portavoz del Grupo de los Empleadores admitió la importancia del fortalecimiento del diálogo social. Incumbía a cada uno de los países reforzarlo con arreglo a la legislación nacional.
74. La portavoz del Grupo de los Trabajadores destacó el diálogo social como mecanismo fundamental para el fomento de la cohesión social y la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector de la salud y los servicios sociales. La experiencia había demostrado la eficacia de los modelos de diálogo social tanto bipartitos como tripartitos. Sin embargo, a lo largo del último decenio, el unilateralismo de gobiernos y empleadores se había convertido, con demasiada frecuencia, en la norma. La falta de ratificación y, más importante aún, de aplicación del Convenio núm. 87, el Convenio núm. 98, el Convenio núm. 149, el Convenio núm. 151 y el Convenio núm. 154 había tenido un innegable efecto pernicioso en la calidad del diálogo social en el sector. Numerosos trabajadores sanitarios no podían ejercer el derecho de sindicación ni de huelga, al tiempo que los gobiernos ampliaban la lista de servicios esenciales, de modo que, en la práctica, el derecho de huelga estaba prohibido para una gran cantidad de trabajadores sanitarios. Esa cuestión merecía una atención especial por parte de la OIT. Por un lado, la oradora explicó esas cuestiones con ejemplos de Argelia, Australia, Colombia, Estados Unidos, Kenya, Liberia y Nigeria, países en los que los trabajadores se enfrentaban a dificultades causadas por la violación de los derechos sindicales. Por otro lado, señaló experiencias positivas mediante los ejemplos de Nueva Zelanda, Alemania y la Unión Europea, y en este último caso, explicó que el diálogo social había permitido la promulgación de una directiva sobre lesiones producidas por agujas, la adopción de un acuerdo intersectorial sobre tiempo de trabajo y el apoyo de los empleadores al desarrollo profesional continuado. En el ámbito nacional, el compromiso adquirido por los interlocutores sociales con el diálogo social era imprescindible, como también lo era la necesidad de respetar los derechos sindicales y el ejercicio de la negociación colectiva de buena fe por parte de todos los interlocutores sociales, tanto en el ámbito nacional como del lugar de trabajo, para que funcionara y resultara eficaz. La celebración de reuniones tripartitas de carácter regional contribuiría a acrecentar el sentido de compromiso. Asimismo, se señaló que el diálogo social también era un instrumento para poner coto a la violencia en el lugar de trabajo en el sector. El examen del documento *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud), elaborado conjuntamente por la OIT, el CIE, la OMS y la ISP en 2002, sería un buen punto de partida. También se recomendó la formulación de directrices para la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector. Por último, la oradora solicitó la elaboración de un estudio general del Convenio núm. 149, ratificado por 41 países, y que se prestara una atención especial a los trabajadores sanitarios en el proceso de revisión de la Recomendación núm. 71.
75. Una miembro del Grupo de los Trabajadores de la República de Corea destacó la importancia del diálogo social para su país, en el que, recientemente, sindicatos y empleadores habían alcanzado un acuerdo conjunto sobre la necesidad de constituir una comisión tripartita sectorial relativa al sector de la atención de salud, aunque a causa de la actitud mostrada por el Gobierno, ese había sido el primer progreso real alcanzado en los últimos nueve años. No obstante, en un foro en el que recientemente se habían congregado asociaciones de empleadores, organizaciones no gubernamentales, sindicatos y funcionarios públicos para debatir acerca del problema de la escasez de personal sanitario, se llegó a la conclusión unánime de que debía entablarse un diálogo tripartito sectorial a fin de dar respuesta a ese problema, y la Asamblea Nacional debía aprobar la Ley sobre Personal Sanitario. En esa reunión se había instado al Gobierno a que realizara un estudio sobre la oferta y la demanda de fuerza de trabajo en el sector como base para la elaboración de nuevas políticas educativas y de formación. La oradora exhortó a los países a constituir comisiones tripartitas sectoriales en las que se propusieran modos de crear nuevos empleos e instó a los gobiernos a que reconocieran a los sindicatos del sector y fomentaran la expansión de la negociación colectiva sectorial mediante la prestación de apoyo a los mecanismos reglamentarios.

-
- 76.** Una miembro del Grupo de los Trabajadores de los Estados Unidos dio cuenta de una tendencia creciente en su país por la cual los grandes sistemas de atención de salud se agrupaban para conformar sistemas gigantescos en estados determinados que, en ocasiones, también traspasaban las fronteras estatales. Esos sistemas, en los que primaba únicamente la obtención de beneficios, suponían la progresiva eliminación tanto de los pequeños hospitales comunitarios como de los hospitales independientes ubicados en áreas rurales, zonas con una mayor concentración de personas no aseguradas. En lugar de considerar la enfermería una valiosa contribución al ahorro de costos gracias a una prestación de cuidados segura y eficaz, algunos sistemas hospitalarios contemplaban esa profesión como un centro de costos a corto plazo. Las instalaciones de atención de salud sindicadas también se agrupaban para crear grandes centros no sindicados, restándoles fuerza e influencia. Los dirigentes empresariales y los propietarios, cuyo único fin era la obtención de beneficios, invertían en compañías especializadas en el acoso sindical a fin de combatir y eliminar el ejercicio de los derechos de los trabajadores. Esa situación sometía a un riesgo creciente la calidad de la atención y la seguridad de cuidadores y pacientes por igual.
- 77.** Una miembro del Grupo de los Empleadores de Kenya apuntó que, si bien el sector público era responsable de la prestación del grueso de la atención de salud en la mayoría de los países, no podía pasarse por alto la contribución del sector privado. En su país, se consideraba que el sector privado ofrecía servicios complementarios a los que el Gobierno podía prestar. Las organizaciones religiosas en particular estaban en disposición de operar en zonas remotas a las que las clínicas y el personal del Gobierno no podían llegar. Aunque algunas organizaciones sin ánimo de lucro no estaban en disposición de aportar el nivel de inversión que sí podían asumir organizaciones gubernamentales análogas, prestaban servicios que, de otro modo, no se ofrecerían o dependerían del uso de las escasas divisas. Además, esas organizaciones contribuían a proporcionar la formación necesaria, sin olvidar las importantes oportunidades laborales que brindaban a los trabajadores sanitarios. Así pues, la inversión privada era decisiva para garantizar el acceso a la atención de salud en algunos de los países en cuestión.
- 78.** Otro miembro del Grupo de los Empleadores de Polonia hizo hincapié en los aspectos positivos de las asociaciones público-privadas en su país, incluida la inversión imprescindible para colmar las brechas existentes en el sistema de atención de salud. Así, en los hospitales públicos de su país había largas listas de espera para determinadas intervenciones (por ejemplo, cirugías ortopédicas o de cataratas). Los hospitales privados podían ayudar a los pacientes a acceder a los servicios que necesitaban más rápidamente, y el servicio nacional de salud contribuía a la financiación de esas intervenciones, también en los hospitales privados. Por tanto, la responsabilidad de la prestación de servicios era colectiva. Las asociaciones público-privadas no eran más que uno de los modos posibles de subsanar eventuales deficiencias, y también podían resultar de utilidad en cuestiones de formación.
- 79.** La portavoz del Grupo de los Trabajadores reconoció que, en efecto, los proveedores privados de servicios de atención de salud podían desempeñar un función positiva, y recordó a la Reunión que ella misma, sin que ello supusiera contradicción alguna, era representante de los trabajadores de los sectores público y privado, cuyos objetivos eran comunes porque se enfrentaban a problemas similares en el lugar de trabajo. Era importante debatir sobre la financiación del sistema, tal vez mediante la aplicación de reformas fiscales equitativas, pero la Reunión no era el foro apropiado para llevar a cabo tal discusión. La oradora se sintió alentada por el sentido de compromiso colectivo con el diálogo social y la negociación colectiva, y se mostró convencida de que ello se traduciría en un esfuerzo constructivo y conjugado en pro del fomento del trabajo decente en el sector de la salud.
- 80.** La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental señaló la pertinencia de todas las aportaciones de los diversos grupos y gobiernos, e indicó que se había tomado buena nota de ellos.

Recomendaciones sobre medidas para el futuro

81. La Secretaria Ejecutiva, al presentar el cuarto punto para la discusión, explicó que su principal objetivo consistía en alentar la formulación de recomendaciones relativas a medidas que la OIT, los Gobiernos y las organizaciones de empleadores y trabajadores podían adoptar en el futuro en aras de la promoción del trabajo decente y el empleo en el sector de los servicios de salud.
82. La portavoz del Grupo de los Trabajadores recalcó la importancia del diálogo social y la negociación colectiva en la consecución del consenso sobre la base de un enfoque sostenible para mejorar el empleo y las condiciones de trabajo en el sector. Resultaba primordial proteger a los trabajadores a través de la promoción de unas condiciones de trabajo decentes — en aspectos como la remuneración, el tiempo de trabajo, la seguridad y la salud, la igualdad de remuneración, la protección de la maternidad, la igualdad de género y la no discriminación, y la prevención de la violencia en el hogar y en el lugar de trabajo — y la garantía del acceso a los servicios públicos. Las normas en materia de SST eran fundamentales para alcanzar esos objetivos, y deberían debatirse y adoptarse en el seno de la OIT. Convendría que los interlocutores sociales abordaran la cuestión mediante el establecimiento de comités bipartitos de SST como elemento integral para la aplicación efectiva del Convenio núm. 155. Por su parte, la migración laboral debería ser una opción y no una obligación. Todos los migrantes deberían tener garantizado el acceso a la protección social y la igualdad en materia de derechos laborales. La migración laboral transfronteriza procedente de países en desarrollo debería sustentarse en acuerdos bilaterales celebrados con la participación de los interlocutores sociales, con arreglo al Convenio núm. 143 y el Marco multilateral de la OIT para las migraciones laborales. Asimismo, el Código de prácticas mundial de la OMS debería adoptarse y aplicarse a nivel nacional. Además, convendría eliminar las comisiones por contratación, teniendo presente el Convenio núm. 181 y los Principios generales y directrices prácticas para una contratación equitativa, de la OIT. El diálogo social era una herramienta primordial para la preparación de programas de estudio y el perfeccionamiento de competencias que atañía a las organizaciones sindicales nacionales y mundiales, así como a la OIT, la OMS y otras partes interesadas. Deberían eliminarse las barreras innecesarias que prohíben la inclusión de profesiones del ámbito de la salud en los sistemas educativos, y los sistemas de formación profesional deberían ser gratuitos gracias a las inversiones y aportaciones de los empleadores. La oradora insistió en la necesidad de que la OIT mantuviera su sólida implicación en la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas y el plan de acción quinquenal conexo, garantizando la inclusión de los interlocutores sociales en procesos asociados a nivel nacional. Cabe señalar la buena acogida que recibió el compromiso tripartito adquirido en favor de la aplicación de las recomendaciones de la Comisión.
83. Las conclusiones de la presente Reunión deberían contribuir al progreso del trabajo decente en el sector de la salud por conducto de la adopción de iniciativas en diversos ámbitos; a modo de ejemplo, deberían celebrarse reuniones tripartitas de carácter regional a lo largo de los próximos cinco años; convendría revisar el documento de 2002 titulado *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector* (Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud), sin olvidar el trabajo en curso en materia de violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo; debería convocarse una reunión tripartita de expertos para formular pautas en pro de la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector de la salud; debería llevarse a cabo un estudio exhaustivo sobre los trabajadores sanitarios comunitarios, los trabajadores encargados de la prestación de cuidados a largo plazo y los trabajadores que prestan cuidados a domicilio en el que se incluyan las oportunidades de fortalecimiento de la negociación colectiva y la mejora de los derechos laborales y sindicales; debería realizarse un estudio general del Convenio núm. 149, y debería prestarse la debida consideración a los trabajadores sanitarios en el proceso de revisión de la Recomendación núm. 71.

-
- 84.** El portavoz del Grupo de los Empleadores hizo hincapié en la necesidad de concebir recomendaciones y políticas adecuadas para abordar la escasez de trabajadores sanitarios calificados. Para poder comprender mejor los límites entre las tendencias locales e internacionales deberían elaborarse estudios de las diversas modalidades contractuales del sector. Asimismo, también se requería un estudio sobre las consecuencias de las inversiones del sector público y privado en el ámbito de la atención de salud a fin de poder determinar de mejor manera la cantidad de hospitales privados y sus efectos, así como las repercusiones para los trabajadores sanitarios. Debería instarse al sector privado a facilitar más información para que así contribuya a conformar el futuro del sector de la salud. La migración era intrínseca en un mundo globalizado; por consiguiente, era importante que la OIT analizara métodos para garantizar el reconocimiento mundial de las competencias y calificaciones de los trabajadores sanitarios. También se necesitaban estudios acerca del acceso de los jóvenes al mercado laboral del ámbito de la salud, por ejemplo, sobre las diferencias nacionales, los distintos tipos de escasez de trabajadores sanitarios a nivel nacional, y los modelos de políticas que los diversos gobiernos adoptaban para dar respuesta a esa escasez, también en lo relativo al acceso a la educación (superior). Cabe señalar, asimismo, que deberían elaborarse estudios similares orientados a determinar los factores principales que disuadían a los jóvenes de continuar su trayectoria en el ámbito de la salud y socavaban la igualdad de género en el sector. El diálogo social se mantenía como herramienta decisiva para la elaboración de políticas eficaces destinadas a consolidar el sector de la salud. Sin embargo, los Gobiernos tenían las competencias y la responsabilidad de poner en práctica las políticas que se consideraran más convenientes, también en materia de diálogo social. De forma análoga, la OIT debería elaborar un estudio encaminado a profundizar en el conocimiento del sector de la salud en el ámbito rural, en el que se abordaran los desafíos y los tipos de herramientas necesarias para potenciar el atractivo del trabajo en zonas rurales. También era necesario comprender de qué modo una mejor cooperación con todos los profesionales de la atención de salud — como el personal médico y de enfermería y los farmacéuticos — podría traducirse en mejoras en el sector, incluido el acceso a la atención de salud.
- 85.** La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental recalcó que la financiación del sector de la salud debería considerarse una inversión y no un costo. La formación era una herramienta indispensable para conseguir más personal sanitario, pero debía ajustarse para que tuviera en cuenta la evolución demográfica y los cambios epidemiológicos. Además, todos los trabajadores sanitarios, con inclusión del personal administrativo y de enfermería, debería gozar de acceso a la formación. Se apuntó que las inversiones destinadas a alcanzar muchos de los ODS podrían generar resultados positivos para el sector de la salud. Las políticas de fomento de la creación de empleo deberían ser prioritarias, y cuestiones como la igualdad de género y el fin del acoso sexual y la violencia en el lugar de trabajo requerían mayor atención. Los responsables de la formulación de políticas deberían tener en cuenta que el trabajo decente era un medio y un fin en sí mismo, dado que era tanto un objetivo de desarrollo preponderante como una herramienta propiciadora del desarrollo. El apoyo de la OIT era imprescindible para contribuir a la creación de capacidad de los trabajadores sanitarios. La colaboración con todas las partes interesadas a nivel local, nacional e internacional también era ineludible y debería regirse por el diálogo y la participación tripartitos. Convendría, asimismo, adoptar iniciativas y elaborar estudios a fin de mejorar la calidad de los datos, de modo que contribuyan a orientar políticas eficaces y potenciar en mayor medida la coherencia de las políticas en los ámbitos nacional e internacional. Cabe señalar que los pacientes también deberían participar en los procesos de adopción de decisiones para dar voz a aquellos directamente afectados por las políticas de salud. Se requerían más normas para mejorar las condiciones de los trabajadores en empleos no regulares, y la OIT ocupaba una posición idónea para brindar ayuda a ese respecto. Las políticas no sólo deberían dar prioridad a los tratamientos como componente de la atención de salud, sino que también deberían centrarse en la prevención. Era preciso aplicar mejoras en la gestión del sector a nivel local, sin olvidar la previsión de las competencias requeridas en función de la demografía y el uso de las nuevas tecnologías. La migración del personal sanitario conllevaba numerosos desafíos y oportunidades, pero para lograr que fuera equilibrada, la

intensificación de las inversiones era fundamental. El establecimiento de programas regionales sobre trabajo decente podría contribuir a la generación de resultados positivos para la consolidación de la fuerza de trabajo del ámbito de la salud. Los desafíos a los que se enfrentaban las áreas rurales eran graves y convenía dedicarles una atención especial para atraer a trabajadores sanitarios y retenerlos, así como también para prestar servicios de salud adecuados a la población rural. Asimismo, debían formularse políticas que impulsaran la participación de las mujeres y los jóvenes en el sector de la salud. La iniciativa privada desempeñaba una función capital en la prestación de servicios de salud en todo el mundo y, en consecuencia, debería mantener su implicación en las iniciativas encaminadas a fortalecer el sector.

- 86.** La representante del Gobierno de Noruega felicitó a la OIT, la OMS y la OCDE por su labor conjunta en la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, una asociación modélica indispensable para alcanzar los ODS. Se señaló la existencia de diversas prioridades que deberían figurar en las conclusiones de la Reunión. Deberían reconocerse los argumentos en favor de la inversión en personal sanitario, dado que también conllevaba beneficios potenciales para la consecución de otros ODS. La generación de empleo mediante la elaboración de políticas sobre el mercado laboral que estimularan la creación de puestos de trabajo decentes en el sector de la salud constituía una clara prioridad y, en ese sentido, las oportunidades laborales y de educación para las mujeres eran cuestiones preferentes. La calidad de los trabajos creados era igualmente decisiva para atraer a personal sanitario motivado y calificado y lograr su retención. Ello requería prestar la debida consideración a las condiciones de trabajo, la existencia de actividades de formación de calidad y buenas perspectivas profesionales, la percepción de una remuneración justa, el establecimiento de una protección social adecuada, la seguridad en el trabajo y el diálogo social. Las respuestas políticas debían tener muy presentes las cuestiones de género y dirigirse a mujeres y jóvenes, puesto que muchas mujeres eran las principales prestadoras de cuidados y seguían estando sujetas a una elevada incidencia de casos de violencia física y acoso sexual en el lugar de trabajo. Debían adoptarse medidas para establecer las competencias necesarias y, así, garantizar que los trabajadores sanitarios y sociales desempeñaban los trabajos adecuados, contaban con las competencias apropiadas y ocupaban los cargos convenientes. Además, era preciso adoptar un enfoque equilibrado en lo referente a la migración internacional del personal sanitario. Por un lado, se debían prestar a los ciudadanos servicios de salud de alta calidad. Por otro lado, era importante garantizar que, en conjunto, los sectores nacionales de salud estuvieran operativos de forma responsable, sin someter a una presión indebida a los sistemas de salud de los países en desarrollo. A ese respecto, el Código de prácticas mundial de la OMS era una herramienta útil. La mensurabilidad, la transparencia y la rendición de cuentas eran características imprescindibles que podían considerarse fruto de una mayor coherencia política, y que podrían incentivar tanto los Gobiernos que adoptaran un enfoque conjunto en todos sus órganos a nivel nacional como las organizaciones internacionales que se comprometieran a trabajar conjuntamente entre sectores.
- 87.** El representante del Gobierno de España subrayó que, en lo referente a la movilidad y la migración de los trabajadores sanitarios, era importante elaborar medidas de ámbito internacional, así como principios de coordinación y cooperación, para facilitar la movilidad y proporcionar garantías a los profesionales de la salud. Se requerían herramientas concebidas para fomentar el reconocimiento de las titulaciones a nivel internacional con miras a garantizar la formación continuada de todos los profesionales de la atención de salud a lo largo de sus carreras. Esas herramientas no sólo podían ayudar a garantizar la seguridad y la protección de los trabajadores sanitarios, sino que también contribuirían a velar por la prestación de una atención de salud de calidad a los pacientes.
- 88.** La representante del Gobierno de la Federación de Rusia señaló que su Gobierno, por conducto del Código Nacional del Trabajo, había formulado recomendaciones sobre los niveles salariales, también para el sector de la salud. Esas medidas se habían concebido para

instaurar un enfoque unificado sobre salarios para las 86 regiones del país. El plan comprendía disposiciones por las que se garantizaba que los empleadores no podían ofrecer salarios inferiores a los niveles recomendados, y el Gobierno central y las autoridades regionales se encargan de velar por su cumplimiento. Además, se habían constituido órganos tripartitos en cada una de las regiones con vistas a garantizar la aplicación y el seguimiento del plan.

- 89.** El representante del Gobierno del Togo apuntó que los gobiernos debían considerar que los recursos destinados al sector de la salud eran una inversión y no un costo. Los planes en materia de SST adaptados a las necesidades de los trabajadores sanitarios debían aplicarse en los lugares de trabajo y, luego, integrarse en los planes estratégicos nacionales con el apoyo, entre otras, de las autoridades sanitarias y financieras. La creación de capacidad en el ámbito de la aplicación de planes de SST en países vulnerables era una cuestión igualmente crucial, puesto que la reciente epidemia del virus del Ébola había puesto de relieve las graves consecuencias humanas y económicas que podía provocar la falta de capacidad y planificación. La OIT y otros asociados debían adoptar medidas que contribuyeran a garantizar la seguridad de los trabajadores sanitarios y desarrollar sus capacidades. Esas medidas incrementarían la productividad, mejorarían la calidad de la atención de salud y generarían un rendimiento sustancial de las inversiones mediante el crecimiento económico. El diálogo social era un elemento decisivo para garantizar que el personal dispusiera de las herramientas necesarias para evaluar de manera adecuada los riesgos a los que estaba expuesto y elaborar planes de acción coordinados que incluyeran soluciones susceptibles de aplicarse rápidamente para abordar desafíos tan apremiantes como la violencia en el lugar de trabajo, las infecciones y las restricciones presupuestarias.
- 90.** El representante del Gobierno de Filipinas destacó la importancia de la protección de la salud y el bienestar de los aprendices y los becarios en el sector. Con demasiada frecuencia, los hospitales contrataban los servicios de aprendices o becarios durante períodos de tiempo prolongados como estrategia de ahorro de costos laborales. Debería garantizarse una compensación adecuada para esos trabajadores, así como la protección de sus derechos.
- 91.** El representante del Gobierno del Brasil insistió en la importancia de la coherencia de las políticas, teniendo presente que otras organizaciones y órganos, como la OMS, ya habían adoptado otros instrumentos. Asimismo, los diversos ODS deberían tenerse en cuenta, puesto que muchos de sus objetivos también estaban vinculados con muchas de las recomendaciones formuladas en el transcurso de la presente Reunión. En particular, el ODS 17, que se centraba en el establecimiento de alianzas eficaces, podría ser provechoso para determinar modos de optimizar las políticas formuladas en el sector de la salud y la creación de trabajo decente para todos en ese sector por medio de la cooperación para el desarrollo. La iniciativa de la OIT relativa al futuro del trabajo estaba en condiciones de abordar esas cuestiones, como el uso inteligente de la tecnología y sus efectos en la creación de empleo. El orador manifestó su respaldo a la propuesta del Grupo de los Trabajadores por la que se sugería el análisis de elementos relativos a la atención de salud en la revisión de la Recomendación núm. 71 durante la 106.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, prevista para junio de 2017, pero teniendo en cuenta que el proceso se encontraba en una fase avanzada y la inclusión de nuevas cuestiones generadoras de inquietud podría entrañar dificultades. Si bien su Gobierno no había ratificado el Convenio núm. 149, no planteaba objeción alguna a la propuesta de elaboración de un estudio general, aunque debería tenerse en cuenta el amplio alcance de una empresa de ese tipo. Las diez recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas proporcionaban orientaciones útiles para subsanar los escollos a los que debe hacer frente el personal sanitario. Así pues, los asociados tripartitos podían respaldar esas recomendaciones, incluido el imprescindible cambio de paradigma en materia de inversiones que la Comisión había definido. Sin embargo, para los asociados era prematuro apoyar la propuesta de plan de acción quinquenal, puesto que

todavía estaba pendiente de publicación, si bien podía someterse a la consideración del Consejo de Administración en fechas ulteriores.

92. La representante del Gobierno de la Federación de Rusia refirió las iniciativas adoptadas por su Gobierno a fin de proporcionar compensación a los profesionales que trabajan en empleos de alto riesgo. En la Ley sobre Condiciones de Trabajo Especiales se establecían cuatro categorías específicas de riesgo, que suponían diferentes niveles de compensación en forma de salarios y derechos a vacaciones. Se había constituido un comité especial de evaluación de riesgos en aras de la transparencia y la supervisión. El comité contaba con representantes sindicales empleados en los sectores pertinentes.
93. La portavoz del Grupo de los Trabajadores agradeció las intervenciones de los oradores anteriores, puesto que muchos de los puntos propuestos constituían un compromiso común para la adopción de ulteriores medidas. Convenía consolidar la función de las profesiones en el sector relacionadas con la SST y aumentar la cantidad de las mismas. También era importante velar por los derechos de los aprendices y los becarios implicados en la prestación de servicios en el sector, sin olvidar la percepción de una compensación justa. Aunque por el momento el Consejo de Administración de la OIT no estaba en disposición de hacer suyo el plan de acción quinquenal de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, para la Reunión no había perdido un ápice de importancia el respaldo a la propuesta global, incluidas las cuestiones fundamentales de la financiación, la formación y la contribución de los sectores público y privado a la sostenibilidad de los sistemas de atención de salud.
94. El portavoz del Grupo de los Empleadores señaló que muchos empleadores ya asumían el costo de la formación y la SST en el lugar de trabajo, pero consideraban que los Gobiernos deberían asumir la responsabilidad de otras prestaciones concretas necesarias en forma de desgravaciones fiscales. Aunque se acogió con beneplácito el hecho de que muchos de los presentes en la sala admitían que la atención de salud era una inversión y no un costo, la situación en el mundo real era distinta. En tiempos de crisis económicas, los presupuestos de salud acostumbraban a sufrir recortes. El uso de aprendices y becarios en el sector guardaba relación directa con la escasez de personal sanitario. Se requería más información sobre las repercusiones de la tecnología en las condiciones de trabajo y sobre la forma en que la tecnología podría aportar valor añadido al sector. La coherencia de las políticas era indispensable para promover la movilidad de los trabajadores sanitarios, en particular porque guardaba relación con las calificaciones universitarias. También debían estudiarse modos de garantizar la movilidad que no supusieran el deterioro de las condiciones de trabajo. Era menester dedicar esfuerzos al incremento del atractivo del sector de la salud para los jóvenes.
95. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental expresó su satisfacción con el alto grado de convergencia alcanzado entre los participantes en las cuestiones planteadas y manifestó su deseo de colaboración para la redacción de las conclusiones.

VI. Examen y adopción del proyecto de conclusiones por parte de la Reunión

96. El Grupo de Trabajo sobre las Conclusiones sometió su proyecto de conclusiones a la consideración de la Reunión en la última de sus seis sesiones.
97. La Presidenta del Grupo de Trabajo, al presentar el proyecto de conclusiones, explicó que eran fruto de una ardua labor y un diálogo social constructivo. Expresó su agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo por sus aportaciones, debates y concesiones, que les habían permitido concluir con éxito su labor.

-
98. El representante del Gobierno de Jordania comentó que, al ser un día feriado en su país, las autoridades competentes del mismo no habían podido estudiar el proyecto de documento, y solicitó el derecho a formular observaciones ulteriormente, en particular en lo referente al párrafo 6, dado que consideraba que la referencia a «migración» aludía únicamente a la migración en su país, práctica sujeta a leyes nacionales y convenios ratificados.
 99. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental hizo hincapié en que el debate sobre la migración no debería dar por sentado los resultados de otros procesos en curso.
 100. El representante del Gobierno de Jordania insistió en que, a su juicio, la Vicepresidenta del Grupo Gubernamental no debería fundamentar las conclusiones del Grupo en su comprensión de las cuestiones relacionadas con la migración. Su objeción concernía únicamente a la referencia a la migración ilegal y no a la migración en su conjunto.
 101. En la misma sesión, la Reunión adoptó por unanimidad el proyecto de conclusiones, con una cantidad limitada de enmiendas.

VII. Discursos de clausura

102. El portavoz del Grupo de los Empleadores, al observar que para muchos participantes la Reunión había constituido la primera oportunidad de participar en una reunión tripartita de la OIT, hizo hincapié en que los intercambios de pareceres habían puesto de relieve que numerosos miembros de su Grupo se enfrentaban a desafíos similares. La rápida evolución del mundo del trabajo obligaba a empleadores, trabajadores y gobiernos a seguir el ritmo de los frenéticos y extraordinarios cambios que se sucedían en el sector de la salud. Las conclusiones proporcionaban importantes directrices no sólo a los miembros tripartitos, sino también a la OIT, que tendría que adaptar su labor a las cuestiones de interés manifestadas durante la Reunión. La cooperación mostrada en el transcurso de la Reunión constituía un ejemplo de diálogo positivo y constructivo.
103. La portavoz del Grupo de los Trabajadores expresó la satisfacción de su Grupo con las conclusiones de la Reunión. La importancia del sector de la salud era máxima, tanto para las sociedades como para las comunidades, sin olvidar su contribución al crecimiento económico y la inclusión social. Las presentes conclusiones representaban una importante contribución al logro de los ODS. Su Grupo manifestó el deseo de mantener la cooperación durante el proceso de presentación de las recomendaciones.
104. La Vicepresidenta del Grupo Gubernamental expresó su agradecimiento a los interlocutores sociales por los esfuerzos constructivos y la flexibilidad mostrada con miras a alcanzar un conjunto ambicioso de conclusiones tangibles. Era importante recordar que el trabajo decente y el diálogo social seguían siendo componentes decisivos de las estrategias encaminadas a la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector de la salud.
105. El representante del Gobierno del Brasil agradeció a la Vicepresidenta de su Grupo sus incansables esfuerzos y su liderazgo en la coordinación del Grupo Gubernamental.
106. El representante del Gobierno de Chile agradeció la labor de los portavoces de cada uno de los grupos regionales, quienes lograron poner en sintonía las posturas, en ocasiones divergentes, en el seno del Grupo Gubernamental.
107. El representante del Gobierno de Togo explicó que las conclusiones de la Reunión eran una victoria para todos, en particular porque el sector de la salud afectaba al mundo entero. Las recomendaciones de política recogidas en las conclusiones proporcionarían orientaciones

útiles en los años venideros y convendría integrarlas en los planes de acción nacionales. Felicitó a todos los participantes por la colaboración brindada.

- 108.** El representante del Gobierno de la India felicitó a los participantes por sus contribuciones positivas y por la consecución de unos resultados satisfactorios. Las conclusiones eran una muestra de la fuerza del diálogo social.
- 109.** Por su parte, la representante de la OMS felicitó a los participantes por la adopción de las conclusiones, cuyo potencial para hacer progresar las políticas, las inversiones y las medidas encaminadas a incrementar el personal sanitario era enorme. Constituían un importante punto de reflexión para la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el sector; ahora, la tarea pendiente era la conversión de los compromisos y las conclusiones en realidades, y la OMS, para la que había sido un honor trabajar con la OIT, en particular en la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas, esperaba con interés el mantenimiento continuado de la colaboración para garantizar la materialización de esos compromisos.
- 110.** La Secretaria General insistió en el punto anterior expresado por el representante del Gobierno de Togo: la Reunión era una victoria para todos. También constituía un ejemplo excelente del diálogo social en el trabajo. Felicitó a todos los participantes tripartitos por su dedicación al logro de unos resultados y un conjunto de conclusiones positivos. Asimismo, agradeció a los miembros de la Secretaría el apoyo eficaz prestado antes de la Reunión y durante su transcurso.
- 111.** La Presidenta manifestó su satisfacción por la eficiencia de los métodos de trabajo de la Reunión, y expresó su felicitación a los tres Grupos por la consecución de un consenso constructivo. También agradeció a la Oficina los esfuerzos realizados para proporcionar la documentación de referencia de la Reunión y el excelente apoyo brindado en el transcurso de los últimos cinco días. La Presidenta declaró clausurada la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud.

Conclusiones sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud ¹

La Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud,

Congregada en Ginebra, del 24 al 28 de abril de 2017,

Adopta el veintiocho de abril de 2017 las siguientes conclusiones:

Introducción

1. El trabajo decente en el sector de la salud es primordial para asegurar unos sistemas de salud eficaces y resilientes, y es un requisito previo para lograr la igualdad de acceso a los servicios de salud, una asistencia sanitaria de calidad y la productividad en las sociedades. Este sector ofrece cada vez más oportunidades de empleo, en especial para las mujeres y los jóvenes. El trabajo decente en los servicios de salud es un factor clave para alcanzar varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3, relativo a la garantía de una vida sana y la promoción del bienestar de todos a todas las edades; el ODS 4, sobre una educación de calidad; el ODS 5, sobre la igualdad de género, y el ODS 8, sobre el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo. Las diez recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico sobre la fuerza de trabajo del sector de la salud fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Resolución A/RES/71/159, que insta a los Estados miembros a la elaboración de planes intersectoriales y la inversión en la educación y la creación de empleo decente en el ámbito de la salud y el sector social.

Desafíos y oportunidades en la promoción del trabajo decente en el sector de los servicios de salud y sus efectos en el acceso a estos servicios y en la prestación de cuidados de calidad

2. El sector de la salud se enfrenta a numerosos desafíos. La ya limitada financiación pública para los sistemas de salud se ha reducido aún más en numerosos países en estos últimos tiempos de recesión económica. Los trabajadores sanitarios se enfrentan al desafío de adaptarse a mayores exigencias de flexibilidad y productividad sin que ello comprometa la prestación de cuidados de calidad. En muchos países, los jóvenes no se sienten atraídos por determinados puestos de trabajo del sector de la salud debido a los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y los riesgos para la seguridad y salud en el trabajo (SST), sobre todo en el contexto de la preparación frente a emergencias de salud pública y a la respuesta ante estas situaciones, provocadas por nuevas epidemias, la evolución de las enfermedades y las catástrofes naturales, así como los conflictos armados. Las inquietudes por la falta de protección social también pueden constituir un problema en ciertos ámbitos del sector. Como consecuencia, algunos países sufren una grave escasez de trabajadores sanitarios que dificulta el logro del acceso universal a la atención de salud. Asimismo, resulta

¹ Estas conclusiones fueron adoptadas por la Reunión tripartita el 28 de abril de 2017. De conformidad con los procedimientos establecidos, se someterán a la consideración del Consejo de Administración de la OIT, en su 331.ª reunión (octubre-noviembre de 2017).

particularmente difícil atraer a trabajadores sanitarios cualificados a las zonas rurales y remotas. El trabajo sanitario es realizado principalmente por mujeres, y los déficits de trabajo decente que predominan en el sector reflejan a menudo desigualdades y prejuicios generales por motivos de género de las sociedades. La migración de los trabajadores sanitarios ha sido uno de los medios para hacer frente a la escasez de mano de obra en el sector en muchos países, pero plantea otros desafíos, como el de integrar a los trabajadores sanitarios migrantes, garantizar el trabajo decente y el acceso a los servicios de salud y prevenir la pérdida de trabajadores cualificados. Este fenómeno ejerce una presión considerable sobre los países de origen que en muchos casos han gastado ya sus escasos recursos financieros en la formación de estas personas, y que de por sí pueden padecer un déficit de personal cualificado y capacitado. Para paliar esta escasez, se puede recurrir también a trabajadores auxiliares y voluntarios, pero es preciso disponer de una reglamentación para garantizar el trabajo decente. La privatización y la subcontratación de los servicios de salud han diversificado aún más el sector, lo que en algunos casos podría dificultar un diálogo social eficaz de no existir una supervisión y una reglamentación adecuadas.

3. Existen también oportunidades y medidas prometedoras para desarrollar el trabajo decente en el sector de la salud. Se han utilizado incentivos fiscales y otros sistemas de retribución financiera para atraer a los trabajadores sanitarios al sector en muchos países, especialmente en las zonas rurales y remotas. La migración de trabajadores sanitarios, en consonancia con las normas internacionales, puede ser una forma de facilitar el acceso de estos trabajadores a los mercados laborales en condiciones de trabajo decente, así como de colmar los déficits de personal en los países de destino. El diálogo social con los gobiernos y las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores favorece el trabajo decente para los trabajadores sanitarios de manera sostenible y productiva; en concreto, evita conflictos laborales costosos que pueden tener un efecto negativo en los servicios. La existencia de sistemas de protección social, que prevean adecuadamente la financiación de la salud y la atención a largo plazo, como los cuidados y la asistencia por motivo de vejez, discapacidad y enfermedad crónica es de capital importancia tanto para los beneficiarios como para los trabajadores sanitarios, en lo que a las condiciones de trabajo de estos se refiere. Los organismos internacionales pueden desempeñar una función en el fomento del diálogo social a nivel nacional con el fin de explorar soluciones para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios.
4. El trabajo decente en el caso del personal sanitario debe considerarse en el contexto del futuro del mundo del trabajo, en particular en lo que se refiere a las tendencias demográficas causantes de la elevada demanda de trabajadores sanitarios, la rápida evolución de las necesidades de salud de la población, sobre todo en lo relativo a la preparación y respuesta frente a situaciones de emergencia de salud pública, así como de la ciencia y la tecnología, los cambios en las dinámicas migratorias y de género, y la transformación de las relaciones de empleo en el sector. Para ello, se precisan un mayor número de datos que sean más fidedignos sobre las tendencias en el sector de la salud, así como la aplicación de herramientas de planificación y previsión del personal sanitario. El desarrollo de competencias laborales y la capacitación, la formación continua acompañada de un proceso de evaluación, la aplicación de las normas de SST, y la mejora de las condiciones de trabajo, incluida la remuneración, pueden conducir a un aumento del atractivo de las carreras en los servicios de salud, así como del nivel de motivación y cualificación de los trabajadores sanitarios, y redundar en un incremento de la productividad. La tecnología puede complementar y facilitar la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales y remotas, además de crear nuevas posibilidades de empleo, por ejemplo en la telemedicina y las clínicas móviles.

Orientaciones, políticas, estrategias, programas y otras herramientas necesarias para procurar un trabajo decente en el sector de los servicios de salud

5. Impartir educación inclusiva y de calidad para todos es una de las principales estrategias para lograr un número adecuado de trabajadores sanitarios debidamente cualificados. La educación y la capacitación en el sector sanitario deberían concebirse previendo y teniendo en cuenta los cambios en las demandas de atención médica y las nuevas necesidades de salud, así como las posibles situaciones de emergencia. Debería ser accesible y, en la medida de lo posible, gratuita. Unas contribuciones apropiadas de los gobiernos, las organizaciones de empleadores y de trabajadores y otras partes interesadas a este tipo de capacitación pueden aumentar su alcance y accesibilidad. La educación y la capacitación de los trabajadores sanitarios debería abarcar a todos los grupos profesionales del sector sanitario, incluidos los trabajadores auxiliares. Estos programas deberían incluir la SST como parte integrante de la formación básica y continua. Asimismo, la educación para la salud del público general contribuye a prevenir enfermedades y, por ende, a reducir las demandas y los costos del sistema sanitario. El desarrollo profesional y el aprendizaje permanente son fundamentales, por lo que habría que promoverlos y garantizar su accesibilidad a todos los trabajadores de los servicios sanitarios. Además, la creación de una infraestructura de educación y desarrollo de competencias laborales en las zonas rurales y remotas puede constituir también un medio para atraer y conservar a la fuerza de trabajo local del sector sanitario.
6. Sin que ello vaya en perjuicio de la sostenibilidad del personal sanitario en los países de origen, la migración de los trabajadores de la salud puede ayudar a subsanar los déficits de mano de obra en el sector sanitario, pero ello requiere procesos claros para el reconocimiento internacional de las competencias y las cualificaciones profesionales, una protección frente a prácticas de contratación contrarias a la ética e injustas y una protección social adecuada de los trabajadores migrantes del sector sanitario, incluidos los que dispensan cuidados en el hogar. Las prácticas de contratación deberían estar en consonancia con los principios generales y directrices prácticas relativos a la contratación equitativa de la OIT, y con el *Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud* (2010) y deberían procurar redundar en beneficio de todas las partes.
7. En el sector de la salud, es indispensable establecer programas específicos para proteger a los trabajadores sanitarios de los peligros y riesgos profesionales, con arreglo a la legislación nacional y con el respaldo de mecanismos de aplicación eficaces, de conformidad con las normas internacionales del trabajo pertinentes, así como con el Marco Mundial OMS/OIT para los Programas nacionales de salud en el trabajo destinados a los trabajadores del sector de la salud. Además de centrarse en la prevención de la transmisión de enfermedades y de lesiones por objetos punzantes, las medidas de SST y el acceso a los servicios de salud en el trabajo deberían abarcar todo tipo de peligros, sin olvidar la violencia en el trabajo, los problemas del sistema osteomuscular y las enfermedades transmisibles, y prever exámenes médicos periódicos de los trabajadores sanitarios.
8. La igualdad de género debe incorporarse en las estrategias y enfoques relativos al personal sanitario. Una firme protección parental y de la maternidad que promueva el equilibrio entre el trabajo y la vida privada pueden aumentar el atractivo del sector.
9. El sector debería promover activamente políticas encaminadas a erradicar toda forma de discriminación en el lugar de trabajo y a garantizar la protección de los grupos vulnerables.
10. La sanidad universal, con especial protagonismo de la atención primaria y la asistencia médica preventiva, debería garantizarse mediante una financiación pública adecuada. La inversión privada puede complementar la financiación pública y contribuir a la prestación

de los servicios de salud. Obedeciendo al interés público, esta debería estar bien regulada para garantizar el acceso universal a la atención de salud. La buena coordinación del sector de la salud exige un enfoque intersectorial en el que participen todos los ministerios que haga hincapié en el diálogo con los interlocutores sociales y otros interesados.

11. La coherencia y coordinación de las políticas a todos los niveles es imprescindible para garantizar sistemas y servicios de salud eficaces y de calidad, teniendo en cuenta las normas internacionales del trabajo pertinentes y las orientaciones y herramientas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales y regionales.

El papel del diálogo social para superar los obstáculos al trabajo decente en los servicios de salud

12. El diálogo social constituye una estrategia fundamental para elaborar políticas y prácticas sostenibles en el sector de la salud en general, así como para mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario en particular. Es preciso promover la libertad sindical y el derecho a la negociación colectiva de todo el personal sanitario, de conformidad con la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento.
13. Los interlocutores sociales y los gobiernos tienen el importante cometido de promover el diálogo social y han de emplearlo como medio para alcanzar los objetivos en materia de salud, además de ofrecer una atención de salud de calidad como bien público general. Los mecanismos nacionales y locales de diálogo social, en los cuales intervienen los interlocutores sociales, y cuando procede otros interesados, pueden ser instituciones útiles para guiar las iniciativas de reforma de la atención de salud y para ofrecer aportaciones sobre legislación, planes educativos y programas de financiación de la sanidad. En la medida en que no se garantice la efectividad de las condiciones de trabajo en el sector de la salud mediante convenios colectivos, laudos arbitrales o de cualquier otra manera conforme a la práctica nacional, estas deberían definirse en la legislación nacional.

Recomendaciones relativas a las medidas que la Organización Internacional del Trabajo, los gobiernos y las organizaciones de empleadores y de trabajadores podrían adoptar en el futuro

14. Los mandantes del sector de la salud deberían:
 - a) participar activamente en un diálogo social eficaz, en sus diversas formas, a fin de avanzar en ámbitos de interés común y promover el trabajo decente y el empleo productivo, así como el desarrollo profesional continuo y el aprendizaje permanente para todos los trabajadores sanitarios;
 - b) definir y aplicar estrategias nacionales relativas al personal sanitario, e invertir en ellas, de conformidad con las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, con la participación activa de las partes interesadas pertinentes, e invitar al Consejo de Administración de la OIT a examinar el Plan de Acción Quinquenal sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico (2017-2021), y
 - c) velar por la coherencia de las políticas en el contexto de las iniciativas internacionales y en asociaciones conexas, en consonancia con las normas internacionales del trabajo y los instrumentos de orientación de la OMS existentes.

15. La Oficina debería:

- a)* promover la ratificación y la aplicación efectiva de las normas internacionales del trabajo relativas al sector de los servicios sanitarios, así como el respeto de los principios y derechos fundamentales en el trabajo y desarrollar la capacidad de los mandantes para materializar estos derechos a través de la cooperación para el desarrollo, nuevas alianzas y mediante el Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín (Centro de Turín) y los centros regionales, entre otros;
- b)* realizar un estudio detallado de la legislación y la práctica nacionales de los Estados Miembros y determinar si los programas, actividades e instrumentos existentes de la OIT y los de la OMS ofrecen un marco suficiente para que los mandantes de la Organización promuevan el trabajo decente para todos los trabajadores sanitarios y qué otras orientaciones son necesarias, con especial atención a los trabajadores sanitarios que dispensan cuidados domiciliarios y aquellos que desarrollan su actividad a nivel comunitario. Este estudio podría ser el punto de partida para una discusión en el marco de una reunión tripartita de expertos de la OIT;
- c)* contribuir activamente a la aplicación de las recomendaciones y las acciones inmediatas propuestas por la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, en particular las recomendaciones de promover la creación de empleo decente en el sector de la salud, maximizar la participación económica y el empoderamiento de la mujer, y reforzar una gobernanza de la migración de los trabajadores sanitarios justa y respetuosa con los derechos de estos;
- d)* ofrecer asesoramiento político y asistencia técnica para la formulación de políticas nacionales sobre el personal sanitario con el fin de crear empleo y trabajo decente entre otras cosas mediante programas de trabajo decente por país y programas regionales de trabajo decente; mejorar la creación de capacidad en los programas de mejora del trabajo en los servicios de salud, como HealthWISE, y fomentar la ejecución de programas nacionales de SST para el personal sanitario en colaboración con la OMS;
- e)* definir junto a los mandantes, la OMS, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y otros organismos internacionales y regionales especializados, un programa de investigación sobre los trabajadores sanitarios y realizar análisis comparativos con el fin de fortalecer las pruebas, la rendición de cuentas y las actuaciones para promover el trabajo decente y el empleo productivo en el sector de la salud. El programa de investigación también debería examinar el reconocimiento y la aceptación a nivel internacional de las cualificaciones y los títulos de los trabajadores sanitarios, y
- f)* organizar reuniones sectoriales tripartitas regionales en los próximos cinco años.

List of participants
Liste des participants
Lista de participantes

Chairperson
Président
Presidente

Ms Silvana CAPPuccio, Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL), Roma, Italy.

Members representing Governments
Membres représentant les gouvernements
Miembros representantes de los gobiernos

ALGERIA ALGÉRIE ARGELIA

M^{me} Habiba KHERROUR, premier secrétaire, mission permanente d'Algérie, Genève, Suisse.

BRAZIL BRÉSIL BRASIL

Sr. Pablo SANGES GHETTI, Segundo Secretario, Misión Permanente del Brasil, Ginebra, Suiza.

CHILE CHILI

Sr. Pablo LAZO GRANDI, Agregado Laboral, Misión Permanente de Chile, Ginebra, Suiza.

COLOMBIA COLOMBIE

Sr. Ricardo MEJÍA, Personal de apoyo, Misión Permanente de Colombia, Ginebra, Suiza.

CUBA

Sra. Alicia GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, Consejera, Misión Permanente de Cuba, Ginebra, Suiza.

**DOMINICAN REPUBLIC
RÉPUBLIQUE DOMINICAINE
REPÚBLICA DOMINICANA**

Sra. Priscila BAUTISTA DE LA CRUZ, Consejera, Misión Permanente de la República Dominicana, Ginebra, Suiza.

FRANCE FRANCIA

M^{me} Diane DROMARD, stagiaire, mission permanente de la France, Genève, Suisse.

GERMANY ALLEMAGNE ALEMANIA

Mr Dr Thomas VOIGTLÄNDER, Advisor in the Division of Basic Issues of Occupation Safety and Health, Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Berlin, Germany.

GHANA

Ms Margaret CHEBERE, Head of Human Resources, Ministry of Health of the Republic of Ghana, Accra, Ghana.

Ms Doris AGYEPONG, Ag Executive Secretary, Health Training Institutions, Ministry of Health of the Republic of Ghana, Accra, Ghana.

Ms Laila Heward-Mills, Counsellor, Ghana Permanent Mission, Geneva, Switzerland.

INDIA INDE

Mr Suresh SINGH, Director, Ministry of Labour and Employment, New Delhi, India.

Mr Gautam KUMAR, Deputy Director, Employees' State Insurance Corporation, Ministry of Labour and Employment, New Delhi, India.

INDONESIA INDONÉSIE

Ms Rina SETYAWATI, First Secretary, Permanent Mission of Indonesia, Geneva, Switzerland.

ITALY ITALIE ITALIA

Mr Paolo MICHELUTTI, Director, General Direction for Health Professionals and Human Resources of the National Health Service, Ministry of Health.

ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

Mr Shahram GHAFARI, Chief for the Research Institute, Social Security Organization, Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare.

Mr Majid SADEGHIRAD, Deputy for Planning and Supervision Department, Social Security Organization, Ministry of Cooperatives, Labour and Social Welfare.

Mr Ramin BEHZAD, Labour Counsellor, Permanent Mission of the Islamic Republic of Iran to the United Nations, Geneva, Switzerland.

JORDAN JORDANIE JORDANIA

Mr Rami KHAWALDEH, Diplomatic Attaché, Permanent Mission of the Hashemite Kingdom of Jordan, Geneva, Switzerland.

KAZAKHSTAN KAZAJSTÁN

Mr Yerlan ALIMBAYEV, Minister Counsellor, Permanent Mission of the Republic of Kazakhstan, Geneva, Switzerland.

KOREA, REPUBLIC OF CORÉE, RÉPUBLIQUE DE COREA, REPÚBLICA DE

Mr Jong Kyun CHOI, Minister Counsellor, Permanent Mission of the Republic of Korea, Geneva, Switzerland.

Mr Byeong Hee KWON, Labour Attaché, Permanent Mission of the Republic of Korea, Geneva, Switzerland.

**LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO**

Ms Bounphady INSISIENMAY, Second Secretary (Labour Attaché), Permanent Mission of the Lao People's Democratic Republic, Geneva, Switzerland.

LATVIA LETTONIE LETONIA

Ms Kristīne KLAVINA, Head of Strategic Planning Division, Ministry of Health, Strategic Planning Division, Riga, Latvia.

LESOTHO

Ms Molebatseng MAKHATA, Counsellor, Permanent Mission of the Kingdom of Lesotho, Geneva, Switzerland.

MADAGASCAR

M. Emi-Haulain KOLA, conseiller, mission permanente de Madagascar, Genève, Suisse.

MALAYSIA MALAISIE MALASIA

M. Ummar Jai Kumar Bin ABDULLAH, Labour Attaché, mission permanente de la Malaisie, Genève, Suisse.

MALTA MALTE

Mr Andrew P. XUEREB, Chief Nursing Manager, Health Nursing Services, Ministry for Health, Valetta, Malta.

MOZAMBIQUE

Mr Carlos Jorge SILIYA, Labour Counsellor, Permanent Mission of the Republic of Mozambique, Geneva, Switzerland.

MYANMAR

Ms Ngu War SWE, Counsellor, Permanent Mission of Myanmar, Geneva, Switzerland.

NAMIBIA NAMIBIE

Ms Penny A. MUNKAWA, Director, Ministry of Labour, Industrial Relations and Employment Creation, Windhoek, Namibia.

Ms Celine USIKU, Director, Ministry of Health and Social Services, Windhoek, Namibia.

NORWAY NORVÈGE NORUEGA

Ms Charlotte Gede VIDNES, Counsellor (Labour Affairs), Permanent Mission of Norway, Geneva, Switzerland.

Mr Thor Erik LINDGREN, Counsellor (Health), Permanent Mission of Norway, Geneva, Switzerland.

PANAMA PANAMÁ

S.E. Sr. Cesar A. GÓMEZ R., Embajador, Representante Permanente Adjunto y Coordinador por la Región de las Américas, Misión Permanente de Panamá, Ginebra, Suiza.

PHILIPPINES FILIPINAS

Mr Delmer R. CRUZ, Labour Attaché, Republic of the Philippines, Department of Labour and Employment, Manila, Philippines.

POLAND POLOGNE POLONIA

Mrs Magdalena NOJSZEWSKA-DOCHEV, First Secretary, Permanent Mission of the Republic of Poland, Geneva, Switzerland.

Mrs Katarzyna DZICZKOWSKA, Intern, Permanent Mission of the Republic of Poland, Geneva, Switzerland.

PORTUGAL

M. Paulo ALVES PARDAL, conseiller, mission permanente du Portugal, Genève, Suisse.

M^{me} Inês Dos SANTOS, stagiaire, mission permanente du Portugal, Genève, Suisse.

RUSSIAN FEDERATION RUSSIE, FÉDÉRATION DE RUSIA, FEDERACIÓN DE

Ms Tatiana KOVIAZINA, Deputy Director of the Department of Medical, Education and Personnel Policy, Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Ms Tatiana LOZOVSKAYA, Head of Division, Department of Medical Education and Personnel Policy, Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Mr Stanislav STEPANOV, Deputy Head of Division, Legal and International Activity Department, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation.

SLOVENIA SLOVÉNIE ESLOVENIA

Ms Vesna ZUPANČIČ, Undersecretary, Health Care Directorate, Division for Quality and Organization in Health Care, Ministry of Health, Ljubljana, Slovenia.

SOUTH AFRICA AFRIQUE DU SUD SUDÁFRICA

H.E. Mr Patekile HOLOMISA, MP and Deputy Minister of Labour, Department of Labour, Ministry of Labour, Pretoria, South Africa.

Ms Nontobeko YAKO, PA to Deputy Minister, South African Permanent Mission, Geneva, Switzerland.

Ms Esther TLOANE, Chief Director: Employer Services, Department of Labour, Pretoria, South Africa.

Mr Kgomoetso LETOABA, Minister (Labour), South African Permanent Mission, Geneva, Switzerland.

Mr Dr Kindiwe E. MAKUBALO, Health Attaché (Minister), South African Permanent Mission, Geneva, Switzerland.

SPAIN ESPAGNE ESPAÑA

Sr. José Luis DOPICO PLAZAS, Subdirector General de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España.

SRI LANKA

Ms Dr Champika AMARASINGHE, Director-General, Ministry of Labour and Labour Relations, Colombo, Sri Lanka.

Ms Mafusa LAFIR, First Secretary, Permanent Mission of Sri Lanka, Geneva, Switzerland.

SUDAN SOUDAN SUDÁN

Mr Dr Ahmed Ibrahim Hassan ARZON, Counsellor, Permanent Mission of the Republic of the Sudan, Geneva, Switzerland.

SWAZILAND SWAZILANDIA

Mr Wilcan M. MDLULI, Commissioner for Compensation, Ministry of Labour and Social Security, Swaziland.

SWITZERLAND SUISSE SUIZA

M^{me} Martina SCHWAB, Office fédéral de la santé publique, section santé globale, Berne, Suisse.

M. Leo KARRER, conseiller technique et suppléant, mission permanente de la Suisse, Genève, Suisse.

M^{me} Jeanne BAHANA, secrétariat d'Etat à l'économie SECO, Berne, Suisse.

M. Valentin LAGGER, secrétariat d'Etat à l'économie SECO, Berne, Suisse.

M. Bassem ZEIN, juriste, Office fédéral de la justice, Administration fédérale suisse, Département fédéral de justice et police, Berne, Suisse.

**TANZANIA, UNITED REPUBLIC OF
TANZANIE, RÉPUBLIQUE-UNIE DE
TANZANÍA, REPÚBLICA UNIDA DE**

Ms Dr Dorothy GWAJIMA, Assistant Director for Hospital Services, Ministry of Health, Community Development, Gender, Dar es Salaam, Tanzania.

THAILAND THAÏLANDE TAILANDIA

Ms Chuleerat THONGTIP, Minister Counsellor (Labour), Permanent Mission of Thailand, Geneva, Switzerland.

NETHERLANDS PAYS-BAS PAÍSES BAJOS

Mr Willibrord KRUIJSEN, Policy Adviser, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, Netherlands.

TOGO

M. Silvère KOKOU KEVI, médecin de santé au travail et environnement, chef de section, médecine du travail et des sports, ministère de la Santé et de la Protection sociale, Lomé, Togo.

M. Awoki KOINZI, premier secrétaire, mission permanente du Togo à Genève, Suisse.

TUNISIA TUNISIE TUNEZ

M^{me} Nozha MOUSSA, directrice des ressources humaines, ministère de la Santé, Tunis, Tunisie.

M^{me} Basma KHELIFI, directrice adjointe, ministère des Affaires sociales, Tunis, Tunisie.

TURKEY TURQUIE TURQUÍA

Mr Fatih ACAR, Expert, Permanent Mission of Turkey, Geneva, Switzerland.

UGANDA OUGANDA

Ms Sapphire Teddy Nyanduri, Third Secretary, Permanent Mission of Uganda, Geneva, Switzerland.

URUGUAY

Sra. Lia BERGARA, Segunda Secretaria, Misión Permanente del Uruguay, Ginebra, Suiza.

ZAMBIA ZAMBIE

Ms Stella Chishimba NYONDA, Director, Human Resource and Administration, Ministry Labour and Social Security, Lusaka, Zambia.

Ms Vivian LUBANGA, First Secretary, Zambian Mission in Geneva, Geneva, Switzerland.

ZIMBABWE

Ms Jane MUDYARA, Director Human Resources, Ministry of Health and Child Care, Harare, Zimbabwe.

Mr Michael SANDE, Director, Conditions of Service and Industrial Relations Health Services Board, Harare, Zimbabwe.

Members representing the Employers Membres représentant les employeurs Miembros representantes de los empleadores

Mr Grzegorz JUSZCZYK, Director of Health Education and Prevention Office, Warsaw, Poland.

Ms Agnes KAMAU, Director, Human Resources, Aga Khan University Hospital, Nairobi, Kenya.

Mr David LONG, General Manager People and Culture, Northcot Disability Services, North Parramatta, Australia.

Ms Mwangana MUBITA, Human Resource Manager, Medical Stores Limited, Lusaka, Zambia.

Mr Jan VAN CHARANTE, General Manager, Occupational Health Foundation, Paramaribo, Suriname.

Sr. Ángel Javier VICENTE PÉREZ, Director de Recursos Humanos y de Servicios Generales, COFARES-Cooperativa Farmacéutica Española SA, Madrid, España.

Mr David WAN, Chairman, Board of Management, Bellevue Hospital of Jamaica, Kingston, Jamaica.

Members representing the Workers
Membres représentant les travailleurs
Miembros representantes de los trabajadores

Mr Herbert BECK, Vice-Chairperson and Senior Adviser, VER.DI, Heidelberg, Germany.

Ms Ji-Hyun YOO, President, Korean Health and Medical Workers Union, Seoul, Republic of Korea.

Ms Judith KIEJDA, Assistant General Secretary, New South Wales Nurses and Midwives Association, Waterloo, Australia.

Ms Rosa PAVANELLI, General Secretary, Public Services International (PSI), Ferney-Voltaire, France.

Ms Ritta THANDEKA MSIBI, 2nd Deputy President, Democratic Nurses Organization of South Africa, Pretoria, South-Africa.

Ms Ann TWOMEY, Vice President, American Federation of Teachers, Health Professionals and Allied Employees, Emerson, United States of America.

Sr. Carlos WEST OCAMPO, Secretario General, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Presidente UNICARE Global Union, Buenos Aires, Argentina.

Sr. Jorge YABKOWSKI, Presidente, Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Workers advisers
Conseillers techniques des travailleurs
Consejeros técnicos de los trabajadores

Sr. Sandro ALEX DE OLIVEIRA CEZAR, Presidente, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT, São Paulo, Brasil.

Mr Baba AYE, Health and Social Sector Officer, Public Services International (PSI), Ferney-Voltaire, France.

Mr Paul BELL, Services Industrial Professional Technical Union, Dublin, Ireland.

Ms Jay CHOI, Desk Coordinator, UNI APRO.

Sr. Héctor Ricardo DAER, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Sr. Federico Alejandro WEST OCAMPO, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Buenos Aires, Argentina.

M. Adrian DURTSCHI, chef d'UNICARE, UNI Global Union, Nyon, Suisse.

Sra. Luz FANNY ZAMBRANO SORACO, Presidenta, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud de Colombia, Sogamoso-Boyaca, Colombia.

M. Frédéric FAVRAUD, Fédération des employés et cadres, Force ouvrière, Paris, France.

Mr Biobelemoye JOSIAH, National President, Medical and Health Workers' Union of Nigeria, MHWUN National, Abuja, Nigeria.

Ms Sari KOIVUNIEMI, International Affairs Manager, The Union of Health and Social Care Professionals, Tehy, Finland.

Sr. Miguel Ángel PALERMO, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Sr. Miguel Ángel ZUBIETA, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Sra. Adriana ROSENZVAIG, Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Mr Yeon-Bae KANG, International and education director, Korean Health and Medical Workers Union, Seoul, Republic of Korea.

Sra. Maria Aparecida AMARAL GODÓI DE FARIA, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT, São Paulo, Brasil.

Ms Barbara ROSEN, Secretary – Treasurer, Health Professionals & Allied Employees, New York, United States of America.

M^{me} Sandra VERMUYTEN, directrice de campagne, Public Services International (PSI), Ferney-Voltaire, France.

**Representatives of the United Nations, Specialized Agencies
and other Official International Organizations**
**Représentants des Nations Unies, des institutions spécialisées
et d'autres organisations internationales officielles**
**Representantes de las Naciones Unidas, de los organismos especializados
y de otras organizaciones internacionales oficiales**

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Mr Bruce Lerner, UNAIDS, Geneva, Switzerland.

International Organization for Migration (IOM)
Organisation internationale pour les migrations (OIM)
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Ms Poonam DHAVAN, Migration Health Programme Coordinator.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

M^{me} Akiko MAEDA, économiste principale de la santé, Paris, France.

World Health Organization (WHO)
Organisation mondiale de la santé (OMS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Mr James CAMPBELL, Director, Health Workforce.

Ms Tana WULJI, Technical Officer, Health Workforce.

Mr Dr Shubhendu MUDGAL, Technical Officer, Global Worker's Health Programme, Environmental and Social Determinants of Health.

Mr Dr Ivan IVANOV, Scientist, Global Worker's Health Programme, Environmental and Social Determinants of Health.

European Federation of Public Service Unions (EPSU)
Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP)
Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP)

M^{me} Maryvonne NICOLLE, secrétaire fédérale, Europe International, Paris, France.

International Commission on Occupational Health (ICOH)
Commission internationale de la santé au travail (CIST)
Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (ICOH)

Ms Gwen BRACHMAN, MD, MPH, FACOEM, Sec'y SC OH HCW, Nova Jersey, United States of America.

**International Council of Nurses (ICN)
Conseil international des infirmières (CII)
Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)**

Mr Howard CATTON, ICN Director of Nursing, Geneva, Switzerland.

**International Hospital Federation (IHF)
Fédération internationale des hôpitaux (FIH)
Federación Internacional de Hospitales (IHF)**

Mr Eric de ROODENBEKE, CEO, International Hospital Federation, Bernex, Switzerland.

International Pharmaceutical Federation (FIP)

Mr Luc BESANÇON, FIP Chief Executive Officer, The Hague, Netherlands.

NGO Forum for Health

Mr Alan LEATHER, Immediate past President, NGO Forum for Health, Geneva, Switzerland.

Ms Odile FRANK, President, NGO Forum for Health, Geneva, Switzerland.

**World Medical Association (WMA)
Association médicale mondiale (AMM)
Asociación Médica Mundial (WMA)**

M^{me} Julia TAINIJOKI-SEYER, chargée du comité d'éthique de l'AMM, Ferney-Voltaire, France.

**Secretariat of the meeting
Secrétariat de la réunion
Secretaría de la reunión**

**International Organisation of Employers (IOE)
Organisation internationale des employeurs (OIE)
Organización Internacional de Empleadores (OIE)**

M. Jean DEJARDIN, conseiller, Organisation internationale des employeurs, Genève, Suisse.

**International Trade Union Confederation (ITUC)
Confédération syndicale internationale (CSI)
Confederación Sindical Internacional (CSI)**

Mr Jeroen BEIRNAERT, Human and Trade Union Rights Coordinator, International Trade Union Confederation, Brussels, Belgium.

**World Federation of Trade Unions (WFTU)
Fédération syndicale mondiale (FSM)
Federación Sindical Mundial (FSM)**

Mr Ali Abdel Baset ALI, President of General Trade Union of Health Services in Egypt.

Mr Hesham Ahmed Abdel LATIF, General Secretary of General Trade Union of Health Services in Egypt.