



Campaña Mundial sobre el Derecho Humano a la Salud

Nota conceptual (1^{er} BORRADOR)

I. Introducción

A raíz de la crisis económica mundial, la sanidad pública ha sido duramente golpeada por las medidas de austeridad adoptadas en todo el mundo. En conjunto, se calcula que el coste de los servicios sociales y de salud asciende a 5,8 billones de dólares anuales. Se trata, pues, de uno de los mayores sectores económicos, con un crecimiento constante a lo largo de la última década. Las grandes empresas han impelido la liberalización de los servicios de salud, lo cual ha propiciado un protagonismo cada vez mayor de las empresas multinacionales. El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano y, en consecuencia, responsabilidad de los gobiernos y de la sociedad. Por su propia naturaleza, la prioridad de las empresas privadas consiste en cosechar beneficios, no contribuir al bien común. Después de décadas privatizando los servicios públicos, ha llegado la hora de que los gobiernos asuman su responsabilidad y los gestionen en función de las necesidades de las personas. La sanidad es el más esencial de todos ellos y, en consecuencia, ha de ser prioritaria para todos los gobiernos.

Los cambios en el mundo laboral, las reducciones de personal y los ataques a los derechos sindicales de los trabajadores y las trabajadoras sanitarios están redundando en graves carencias en la prestación de los servicios de salud, que afectan especialmente a quienes no disponen de los recursos económicos necesarios para afrontar los costes del servicio. La ISP y sus afiliadas se enfrentan enérgicamente a esta situación, levantando su voz contra lo que está sucediendo y movilizándose a escala local, regional e internacional, con el objetivo de que las personas primen sobre los beneficios, y luchando por conseguir una cobertura sanitaria pública universal.

Ahora debemos aunar todos estos esfuerzos en una campaña mundial por el derecho humano a la salud, de conformidad con las resoluciones de nuestro 29º Congreso Mundial. El presente documento pretende propiciar un debate inicial para el lanzamiento de la Campaña mundial sobre el derecho humano a la salud, que tendrá lugar el 13 de diciembre de 2016, durante la reunión de la Unidad de Trabajo sobre Servicios de Asistencia Sanitaria y Social, que se celebrará los días 12 y 13 de diciembre en Ginebra.

II. Antecedentes

«El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr» fue declarado un derecho fundamental de todo ser humano en 1946, con la creación la Organización Mundial de la Salud. Este principio está recogido en las constituciones de numerosos países. Tras dicha declaración, se introdujeron mejoras significativas, especialmente en los países industrializados. No obstante, a pesar de la existencia de varios pactos intergubernamentales sobre la cobertura sanitaria universal, seguimos estando muy lejos de poder garantizar el derecho humano a la salud para todos.

Más de mil millones de personas viven en la pobreza y no tienen acceso a agua potable, mientras que 2600 millones de personas carecen de acceso a los servicios de saneamiento. Las guerras, los conflictos internos y el cambio climático siguen cobrándose decenas de miles de vidas, dejando a millones de personas en la miseria más absoluta. El personal sanitario paga con su propia vida el combatir en primera línea las catástrofes naturales, de origen humano y las epidemias. A menudo, trabaja sin la protección y la

La Internacional de Servicios Públicos (ISP) es una federación sindical mundial que representa a 20 millones de trabajadores y trabajadoras que prestan servicios públicos esenciales en 154 países. La ISP defiende los derechos humanos, promueve la justicia social y el acceso universal a servicios públicos de calidad. La ISP trabaja con el sistema de las Naciones Unidas y en colaboración con entidades de la sociedad civil, sindicatos y otras organizaciones.

remuneración adecuadas, como pudimos comprobar recientemente en los brotes del ébola, el zika y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (SROM).

Hemos sido testigos de innumerables procesos de privatización, liberalización y recortes en la financiación de los servicios sociales, instigados por los acuerdos de libre comercio, por las condiciones para la concesión de «ayudas» y préstamos impuestas por las instituciones financieras internacionales y respaldados por la promesa de que los «mercados» pueden hacerlo mejor que los Estados porque supuestamente son más eficaces y menos burocráticos. Durante los años ochenta y noventa, los programas de ajuste estructural limitaron la capacidad política de los países en desarrollo de mantener o mejorar el modesto nivel de sus servicios de salud. Pero, hoy en día, se admite que aquellas medidas provocaron desigualdades crecientes y empeoraron la calidad de los servicios de salud. Continuar con esta política supondría revertir las importantes mejoras en las condiciones sanitarias y en la esperanza de vida que se han registrado en la última década, especialmente para la mayoría de la población de los países en desarrollo.

Debido a la insuficiente financiación, cientos de millones de pobres se ven obligados a pagar de su bolsillo los servicios de salud. Según la OMS: «unos 100 millones de personas de todo el mundo son empujadas cada año a vivir por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios».¹ En suma: la falta de prestación de los servicios de salud básicos contribuye a aumentar la desigualdad y la pobreza extrema en la sociedad.

Lo anterior es un claro indicio de la urgente necesidad de alcanzar la cobertura sanitaria *pública* universal. Solo así puede llegar el derecho humano a la salud a ser una realidad. Lamentablemente, estamos siendo testigos, más bien, de lo contrario. Durante las últimas décadas, el sector de los servicios sociales y de salud ha sido uno de los principales blancos de los grandes procesos de reestructuración, que han propiciado una presencia creciente de los intereses privados *con ánimo de lucro* en la prestación de los servicios de salud, y esto con el apoyo explícito de los gobiernos, a través de la formulación de reformas sanitarias.

Dicho apoyo suele adoptar formas de privatización de diversa naturaleza, como las asociaciones público-privadas (PPP) y las políticas que propician la expansión de las empresas transnacionales al sector de la prestación de servicios de salud y la producción farmacéutica. Las reformas sanitarias mencionadas forman parte de reformas fiscales, que actúan en tres niveles: a) controles fiscales sistémicos más estrictos; b) nuevas prioridades en la asignación de los recursos de los gobiernos, fruto de una noción de crecimiento restringida; y c) la optimización en el uso de los recursos, partiendo de la noción de un *Estado ajustado* (*lean state*) (Schick, 1998)².

Pero no hay pruebas que demuestren la supuesta eficacia de la prestación privada de los servicios de salud, tenazmente defendida por los dirigentes políticos. Por el contrario: «una comparativa del gasto total en salud a nivel nacional demuestra que los países con una mayor inversión privada en salud gastan más en sanidad y logran peores resultados en los principales indicadores del estado de la salud a nivel nacional» (Lethbridge, 2014)³.

Asimismo, debido a las llamadas reformas tributarias, tales como la reducción del umbral impositivo y la introducción de impuestos de tarifa única, las grandes empresas privadas no tiene que pagar la contribución a los servicios públicos que les corresponde, sino que continúan amasando billones de dólares que podrían emplearse en financiar una cobertura sanitaria y de protección social pública y universal (Philips *et al.*, 2016)⁴.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

² Schick, A., 2009, "Budgeting for Fiscal Space", *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 9/2, OECD Publishing, París.

³ http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/2014_-_financing_health_care_-_psiru_paper.pdf [La traducción es nuestra].

⁴ <http://ctj.org/pdf/offshoreshellgames2016.pdf>

Las repercusiones en el sector de los servicios sociales y de salud han sido muy «negativas y perjudiciales» (Maucher, 2013)⁵. Los recortes presupuestarios y la introducción y el aumento de las tarifas a los usuarios han tenido «consecuencias devastadoras» en la prestación de servicios, tanto para los países desarrollados como en desarrollo. Los recortes salariales se están generalizando y la estabilidad laboral, que constituía la norma en este sector, está pasando rápidamente a convertirse en un espejismo. El sector de la salud ha asistido a una proliferación de contratos precarios, relaciones laborales informales, reducciones de personal y no reposición del personal jubilado. Todo ello ha multiplicado el volumen de trabajo de los trabajadores y las trabajadoras de la salud, particularmente de los jóvenes, y ha dado lugar a una degradación de la calidad de los servicios de salud. Un personal sobrecargado de trabajo y unos pacientes cada vez más frustrados han provocado un aumento del nivel de violencia en el lugar de trabajo. Y las mujeres han sido las más perjudicadas.

El desequilibrio demográfico entre el Norte y el Sur, y la falta de planificación de las necesidades sanitarias y de formación del personal sanitario, unidos a los bajos salarios, son los principales factores que mueven a los trabajadores y las trabajadoras de la salud de los países en desarrollo a emigrar a los países desarrollados. Con frecuencia, los emigrantes desconocen sus derechos y, debido a la falta de canales legales para la emigración, acaban siendo víctimas de la trata de seres humanos y realizando trabajos en régimen de servidumbre, a pesar de la existencia del código de conducta para la contratación ética de la OMS. La emigración de los trabajadores y las trabajadoras sociales y de la salud contribuye en gran medida al deterioro de los ya frágiles sistemas de salud y socava la capacidad de los países para responder a las crisis sanitarias, como se ha puesto de manifiesto en el elevado índice de mortandad registrado durante el brote de ébola en África occidental.

La dramática situación que atravesamos hoy es el resultado de decisiones políticas y, en consecuencia, puede invertirse mediante decisiones políticas. Existen nuevas oportunidades para cambiar el curso de los acontecimientos, tales como el «renovado compromiso mundial con la salud, respaldado por la meta 3.8 de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU)»⁶ y las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. Las contundentes intervenciones de la ISP⁷ contribuyeron a este resultado. Sin embargo, tenemos que materializar dicho compromiso y organizar una campaña mundial a gran escala por el derecho humano a la salud.

Para ello, continuaríamos los encomiables esfuerzos de la ISP y sus distintas afiliadas regionales en el sector y forjaríamos alianzas –y, donde fuera necesario, coaliciones– con otras federaciones sindicales internacionales, centrales sindicales nacionales, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones de pacientes y usuarios de los centros de atención sanitaria y organismos de investigación, de cara a lograr cambios que ayuden a consagrar el acceso universal a la salud pública como un derecho humano.

III. Marco conceptual

Nuestro concepto de *derecho humano a la salud* se apoya en varios instrumentos internacionales y otros documentos⁸ ratificados por los Estados y los gobiernos de todo el mundo. Además de los contenidos de la normativa universal sobre el derecho a la salud, uno de los objetivos de la campaña sería el alcance de su trasposición *formal* a las constituciones y legislaciones de los distintos países y la situación real de su aplicación, como punto de partida de nuestra labor reivindicativa. Indagaremos las obligaciones de los gobiernos y las acciones llevadas o no a cabo para garantizar la salud de todas las personas, así como las

⁵ http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/article-impact-crisis_austerity-measures-health-systems_workforce_patients-04-12-13.pdf [La traducción es nuestra].

⁶ http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts_docs/UHC_Alliance/UHC_2030_Alliance_Concept_Note.pdf [La traducción es nuestra].

⁷ <http://www.world-psi.org/en/working-health-and-growth-investing-health-workforce>

⁸ Para una lista de trabajo de algunos instrumentos internacionales y otros documentos relacionados con el derecho a la salud véase el anexo del documento: Organización Mundial de la Salud. «El derecho a la salud. Folleto informativo n.º 31». Ginebra: OMS, pp.: 58-62. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf> (2008).

contradicciones de un mundo global, en el que pueden erigirse muros que impedirán la entrada a las personas, pero no a los virus.

Que la salud es un derecho humano en la sociedad actual se admite, en general, al menos formalmente, desde los años setenta. Sin embargo, debemos comprender los distintos ataques que están impidiendo su implementación efectiva, como la privatización, la comercialización, las PPP y la priorización de otros intereses con ánimo de lucro en la prestación de los servicios de salud. El problema no es simplemente la presencia de proveedores privados, sino la mercantilización de la salud, impulsada por el sistema financiero y las multinacionales, que están imponiendo un modelo empresarial a un sector vital para la sociedad. Más aún, la fusión de las grandes empresas financieras y farmacéuticas está dando lugar a un oligopolio que nos lleva al polo opuesto del mito de la «competencia». Comprender este contexto y tomar conciencia sobre sus consecuencias nos ayudará a poner de relieve los ejemplos positivos que podemos presentar como alternativas para apoyar nuestra campaña.

«El derecho a la salud ocupa un lugar destacado entre los derechos humanos reconocidos internacionalmente, aunque su formulación y su posterior desarrollo sean relativamente recientes»⁹. Esto no tiene nada de extraño, puesto que se trata de nuestra propia existencia y de vivir una vida digna¹⁰. El preámbulo de la Constitución de la OMS define la salud expresamente como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»¹¹. Se pone de relieve, además, que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

La definición expresa de la salud como *un derecho humano fundamental* se realizó en la Declaración de Alma-Ata de 1978. La Declaración subrayaba que «el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud»¹². Sin embargo, antes de esto, y con posterioridad a la promulgación de la Constitución de la OMS, algunos pactos internacionales de derechos humanos ya daban prioridad al derecho a la salud. La Declaración Universal de Derechos Humanos presenta el derecho a la salud como un componente esencial del derecho de todos los seres humanos a un nivel de vida adecuado. El artículo 25 (1), afirma lo siguiente: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad»¹³.

Lo anterior sirvió de base para apuntalar el derecho a la salud dentro del corpus del sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y de los sistemas de tratados regionales en todo el mundo, entre los cuales, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ocupa un lugar primordial¹⁴. No podemos dejar de insistir en la interconexión entre los derechos relacionados con la salud, los factores sociales determinantes para la salud y los resultados en el ámbito sanitario. A la luz de lo anterior, asistimos a una progresiva aplicación efectiva del derecho a la salud, que considera que los

⁹ Martins S.P., (2013), "Introduction: the Emergence and Scope of the Human Right to Health", In J.M. Zuniga, S.P. Marks, L.O. Gostin (Eds.) *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, New York. [La traducción es nuestra].

¹⁰ <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

¹¹ OMS, 1946.

¹² OMS, 1978.

¹³ Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948.

¹⁴ Hay consenso general en que la Observación General 14 del año 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (que se creó para supervisar el PIDESC) recoge la esencia normativa del derecho humano a la salud. La Observación enumera 14 derechos humanos como «componentes integrales del derecho a la salud». Entre ellos: «el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación».

Estados Partes han de asumir obligaciones legales generales y específicas para *respetar, proteger y satisfacer* el derecho humano a la salud. Por ende, se espera que los gobiernos de los Estados Partes: «se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud»; «adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12» y «adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud».

Las garantías esenciales recogidas por el Artículo 12 son las siguientes:

- *Disponibilidad*: es crucial disponer de «establecimientos, bienes y servicios **públicos** de salud y centros de atención de la salud, así como de programas», incluyendo «factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, **personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país**, así como los medicamentos esenciales» y «con un número suficiente» en cada Estado Parte (la negrita es nuestra);
- *Accesibilidad*: acceso universal a los establecimientos, bienes y servicios de salud. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas, a saber: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (esto es, la asequibilidad) y el acceso a la información. Este punto constituye el pilar conceptual sobre el que reposa la **Cobertura Sanitaria Universal**.
- *Aceptabilidad*: «los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados». Lo anterior implica que han de respetar la cultura de las personas, los pueblos y las comunidades, incluyendo la de las minorías, y ser sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital, y que deben estar concebidos para respetar la confidencialidad de las personas de que se trate y mejorar su estado de salud;
- *Calidad*: los establecimientos, bienes y servicios de salud han de ser aceptables desde el punto de vista cultural, apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad. «Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas», para poder garantizar una asistencia sanitaria de **calidad**, sin la cual el derecho a la salud se vería comprometido.

Para que el derecho humano a la salud se haga efectivo se requiere, asimismo, que se respeten los *principios de procedimiento* que, como norma, han de extenderse a los derechos humanos en general¹⁵. Dichos principios incluyen:

- *La no discriminación*: el acceso a la asistencia sanitaria y la prestación de los servicios de salud han de estar exentos de toda forma de discriminación, deliberada o no, basada en el estado de salud, los ingresos, la raza, el grupo étnico, la lengua, la religión, el sexo, la orientación sexual, la discapacidad, la nacionalidad o la condición social.
- *La transparencia*: la información en materia de salud ha de presentarse en una lengua que sea accesible y divulgarse, de modo que esté al alcance de todos, con el fin de que los individuos y las distintas poblaciones estén suficientemente sensibilizadas para poder proteger su salud. Las instituciones y el personal encargado de esas funciones han de llevar a cabo la financiación, la organización y la prestación de los servicios de salud de manera transparente.
- *La participación*: debe promoverse diligentemente la participación activa de las personas y las comunidades en la toma de decisiones sobre las cuestiones que afecten a su salud. Esto debe incluir la organización y la puesta en marcha de los servicios de salud.

¹⁵ <http://www.nesri.org/programs/what-is-the-human-right-to-health-and-health-care>

- *La rendición de cuentas:* los organismos públicos y las entidades privadas que intervienen en la formulación y la ejecución de las políticas de salud y en la prestación de los servicios de salud deben rendir cuentas, en particular, respetando las normas y los reglamentos aplicables, y sometiéndose a los organismos independientes de supervisión del cumplimiento.

El derecho a la salud está definido y respaldado por los tratados regionales de derechos humanos, la mayoría de los cuales se celebraron entre los años sesenta y ochenta, y siguen estando legalmente en vigor. Y «el derecho a la salud o el derecho a la atención médica está reconocido por lo menos en 115 constituciones», mientras que al menos seis constituciones de otros países estipulan claramente los deberes estatales en materia de salud, tales como el deber del Estado de desarrollar los servicios de salud o de asignarles presupuestos específicos¹⁶. Estos nos ofrecen posibles nichos para hacer campaña a favor de la aplicación efectiva del derecho a la salud, más allá de los limitados logros registrados hasta el presente, en algunos casos, por los gobiernos¹⁷.

Las comisiones de derechos humanos creadas en las distintas regiones para supervisar el cumplimiento de dicho derecho han llevado con éxito ante los tribunales la negación de los Estados a satisfacer el derecho a la salud de sus ciudadanos. Por ejemplo, en 2001, en El Salvador, tras la intervención de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, se logró prestar asistencia inmediata a 27 personas seropositivas al VIH que requerían tratamiento con triterapia. Estas victorias legales son dignas de encomio y refuerzan la jurisprudencia de cara a emprender futuras acciones legales. No obstante, es importante señalar que la generalización de este tipo de prestaciones exige acciones *políticas*, a saber, promover una mayor conciencia ciudadana, ejercer presión o realizar investigaciones basadas en pruebas y que estén en estrecha conexión con las acciones. Esta es una de las misiones de la Campaña sobre el derecho humano a la salud. Los Estados que reconocen el derecho a la salud también permiten que haya un espacio para la acción, desde el cual poder insistir en el respeto del derecho. En Argentina, Colombia, Brasil, Sudáfrica, Ecuador, Costa Rica y Venezuela, por mencionar tan solo algunos ejemplos, se han logrado victorias judiciales. Aprender de dichas experiencias nos ayudará a entender cómo trabajar con nuestras aliadas, grupos-objetivo y organizaciones de la sociedad civil, y a forjar las alianzas estratégicas necesarias para vencer.

IV. Hacia el cumplimiento del derecho a la salud: una dinámica contradictoria

A pesar de gozar de un reconocimiento universal y *formal*, el derecho humano a la salud se encuentra seriamente amenazado. Los logros del pasado están en claro retroceso debido a los intereses *lucrativos* de los proveedores privados y las empresas farmacéuticas, las compañías privadas de seguros médicos y las empresas encargadas de gestionar las instalaciones. La externalización y la subcontratación del personal y los servicios están contribuyendo, por una parte, a un deterioro de la calidad y a una menor asequibilidad de los servicios de salud y, por otra, a unos niveles de dotación de personal peligrosos e ineficaces, a la reducción de los salarios y a la pérdida de puestos de trabajo del personal sanitario. En este contexto, es difícil imaginar que el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pueda reducir la pobreza y garantizar una cobertura sanitaria universal.

¹⁶ <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

¹⁷ Los Artículos 11 y 13 de la Carta Social Europea de 1961 (revisada en 1996) afirman, respectivamente, que los Estados tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias para «eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente» y de «velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes [...] pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado». El Artículo 16 de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos establece el «derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible». Establece asimismo que los Estados firmantes de la Carta «tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos». El Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 afirma asimismo que: «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social». La Carta Árabe de Derechos Humanos de 2004 declara en su primer párrafo que «los Estados firmantes reconocen el derecho de todos los miembros de la sociedad a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, así como el derecho de los ciudadanos a servicios de salud básicos gratuitos y a instalaciones sanitarias sin discriminación de ningún tipo».

La privatización y la comercialización de la salud: La realidad ha demostrado los fracasos de la privatización de los servicios de salud. El documento de trabajo de la ONU-DAES titulado «Public-Private Partnerships and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Fit for purpose?» (Las asociaciones público-privadas (PPP) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: ¿adecuadas para cumplir su propósito?) señala que «las PPP tienen menos posibilidades de conducir a un aumento de la eficiencia en el sector social, como es el caso de colegios y hospitales, donde priman el acceso y la igualdad».

El informe «Why Public-Private-Partnerships Don't Work» (Razones por las que no funcionan las Asociaciones Público-Privadas), elaborado por la Unidad Internacional de Investigación de Servicios Públicos (PSIRU), evalúa la experiencia de las PPP, en países ricos y pobres. El informe concluye que dichas asociaciones son un modo oneroso e ineficaz de financiar la infraestructura y los servicios, dado que encubren el endeudamiento público, al tiempo que el Estado ofrece a las empresas privadas garantías beneficios a largo plazo. La puesta en marcha de asociaciones público-privadas limita sobremanera la capacidad del sector público, principalmente en los países en desarrollo. Las PPP se caracterizan por su escasa transparencia y están sometidas a un menor escrutinio público, lo que va en menoscabo de la responsabilidad democrática. Las PPP conducen a un endeudamiento creciente de los gobiernos y la falta de flexibilidad de los acuerdos de servicios supone un gasto adicional de hasta un 20 %, cada vez que es necesario renegociarlos en razón de los cambios en las necesidades de la población. Asimismo, el endeudamiento de los gobiernos puede, a su vez, tener consecuencias negativas sobre la prestación de otros servicios públicos, incluido el sanitario, para los que dispone de menos recursos.

La ISP propone evitar el fomento de las PPP para la prestación de los servicios de salud. Al mismo tiempo, todos los gobiernos (incluidas las autoridades locales) y los principales interesados (los usuarios de los servicios de salud y el personal sanitario, entre otros) deberían participar en el establecimiento de normas aplicables a las PPP del sector de la salud. La ISP propone, asimismo, el establecimiento de criterios de evaluación y revisiones periódicas de las PPP del sector.

La ISP aboga por reformar el sistema del impuesto de sociedades, que hoy por hoy permite que las empresas se ahorren más de tres billones de dólares anuales en impuestos. Esto podría ayudar a recaudar los ingresos que tanto se necesitan para ampliar los servicios públicos, de conformidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. Necesitamos un compromiso claro, más inversión en bienes públicos y transparencia en la prestación de dichos servicios, garantizando el respeto de los principios democráticos, el acceso universal y la calidad de los servicios. Por el momento, las PPP no han conseguido responder a estas exigencias esenciales para la consecución de los ODS en el sector de la salud, la educación o la gestión del agua. En materia de justicia tributaria, pretendemos garantizar que el aumento de los recursos financieros que resultará de las políticas de reforma fiscal, y que provendrán de fuentes presentes y nuevas, se emplee en subidas salariales y mejoras de las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras sanitarios, empezando por el conjunto del personal sanitario mundial.

Si bien reconocemos la presencia del sector privado, necesitamos, sobre todo, una gobernanza más firme, introducir las mejores prácticas y modelos a escala mundial y elaborar el mapa de los distintos actores internacionales para implicarlos en un proceso de reforma global. Los resultados de un cuestionario realizado por las afiliadas de la ISP en el sector de la salud y los servicios sociales revelan que ya están externalizado numerosos servicios de asistencia sanitaria y social, incluidos los servicios básicos y de apoyo. Las empresas internacionales obtuvieron al menos un cuarto de los contratos en el sector de los servicios de salud, y si incluimos a las filiales nacionales, la influencia de las empresas internacionales en los sistemas públicos de asistencia sanitaria y social está creciendo con rapidez. Se han producido cambios en el modo de combinar diversas formas de financiación de la asistencia sanitaria y, en algunos países, se ha registrado un incremento de los pagos directos y una disminución de la contribución del gasto público a los gastos sanitarios totales.

Las compañías multinacionales de asistencia sanitaria: Las grandes empresas están empleando diversas estrategias para acceder a los mercados de todo el mundo. El caso de las empresas que se están trasladando desde África, Australia y Asia hasta Europa resulta sorprendente. Las reformas impulsadas por el Banco Mundial, la Corporación Financiera Internacional y los bancos regionales de desarrollo, como la

mercantilización, la descentralización y la «corporatización» del sector público, ofrecen a las empresas multinacionales la oportunidad de acceder al sector de la asistencia sanitaria pública. La creciente comercialización de los servicios de asistencia sanitaria y social está propiciando su inclusión en los tratados de comercio, que los abrirán a la competencia de las compañías de servicios de ámbito mundial. Lo principal es, según la experiencia de la ISP, que el proveedor de servicios de asistencia sanitaria (y social) no puede sacar dinero del sistema para distribuirlo entre sus accionistas (los cuales, por otra parte, pueden incluso estar registrados en paraísos fiscales). Las posibles ganancias han de quedarse dentro del sistema y han de ser reinvertidas en sistemas de asistencia sanitaria, lo que a su vez significa que han de emplearse en mejorar las condiciones laborales y la calidad del trabajo del personal sanitario.

Las consecuencias del comercio internacional sobre la salud: Los objetivos comerciales en el sector de la salud deberían ser compatibles con otros objetivos sociales legítimos, como el acceso universal. Es necesario regular el sector de la sanidad para proteger a los pacientes, en especial contra las malas prácticas y el uso de sus datos personales. Cualquier facilitación de la movilidad de los pacientes debería apoyarse en tres pilares: la financiación (el reembolso de los gastos), la prestación del servicio (la calidad y las normas aplicables) y, por último, las responsabilidades tras el tratamiento. En términos económicos, las consecuencias sobre los sistemas sanitarios de los países de origen son las siguientes: dado que las personas que se tratan en el extranjero pueden llevarse consigo la financiación correspondiente a su tratamiento, el dinero se saca fuera de los sistemas sanitarios nacionales, cuyo bajo nivel de inversión es, a menudo, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento en el extranjero, lo cual perpetúa el problema indefinidamente. A su vez, lo anterior permite justificar una menor inversión en el sistema sanitario de origen y en la formación y la contratación del personal sanitario, al tiempo que la financiación que los contribuyentes destinan a la atención sanitaria por paciente acaba siendo transferida al sistema sanitario privado de otro país. La economía de origen pierde los beneficios dinámicos del gasto en salud, los cuales pasan, en cambio, a engrosar los ingresos del proveedor.

Los países exportadores de servicios de salud se encontrarán con que el personal cualificado está siendo desviado hacia los servicios exportadores de atención sanitaria, que, con frecuencia, ofrecen mejores salarios y disponen de mejores instalaciones, lo cual socava el personal de base de los centros públicos y perpetúa las desigualdades en el sistema de asistencia sanitaria. La educación y la formación, financiadas por el país de origen, terminan beneficiando a los usuarios extranjeros de los servicios de salud más que a los ciudadanos locales y a los contribuyentes. Cualquier «cuidado que sea necesario tras el tratamiento» es responsabilidad de los centros de salud locales o, lo que es más probable, del sistema público de salud, lo cual puede implicar que los países de acogida y sus contribuyentes acaben cargando con los gastos derivados de los tratamientos curativos cuando haya complicaciones que requieran servicios especializados. Cuando estos servicios no existan en el país, este podría incluso tener que pagar los costes del tratamiento en el extranjero.

El trabajo decente y las condiciones de trabajo: Sin trabajadores y trabajadoras sanitarias, la cobertura sanitaria universal resulta imposible. Y para prestar servicios de salud de calidad, los trabajadores y las trabajadoras sanitarias necesitan condiciones laborales, de seguridad e higiene decentes. La libertad de asociación y el derecho a la negociación colectiva también es importante para el personal sanitario. Los profesionales sanitarios que emigran y abandonan el sistema público debido a los bajos salarios y las precarias condiciones de trabajo suponen una amenaza a la hora de poder garantizar la asistencia sanitaria a escala mundial, en especial a los servicios de pediatría.

Los recortes en financiación pública debilitan los sistemas sanitarios y precarizan el empleo, mientras que la inversión en los sistemas de salud trae consigo crecimiento y calidad de vida. Los cuidadores domésticos, los cuidadores de personas mayores, los asistentes de salud primaria, el personal de enfermería, los médicos en formación, los médicos titulares y el personal de limpieza reclaman salarios más altos y un mayor reconocimiento de sus capacidades, cualificaciones y derechos laborales.

El trabajo decente comprende numerosos parámetros, entre los que destacamos: un salario justo, el derecho a afiliarse a un sindicato y a participar en sus actividades, el derecho a un lugar de trabajo seguro, el derecho a formación continua y apoyo, el derecho a un tiempo de descanso suficiente y a una duración

adecuada de los turnos de trabajo, así como oportunidades de desarrollo y promoción profesional. El trabajo decente también ha de permitir que los trabajadores y las trabajadoras sanitarias puedan hablar abiertamente y sin temor a represalias sobre el sistema de salud en el que trabajan. De hecho, cuando hablan sobre su entorno laboral, están defendiendo, sobre todo, los derechos de los pacientes a una atención sanitaria eficaz, segura y de calidad, independientemente de las políticas gubernamentales.

El ejemplo de Liberia es elocuente en este sentido. En dicho país, la represión sindical y la intimidación son moneda corriente, y aunque Liberia ha ratificado el Convenio 98 de la OIT sobre el derecho de sindicación, sigue sin permitir que los funcionarios públicos se afilien a un sindicato. Podrían haberse evitado numerosas muertes de trabajadores y trabajadoras sanitarios y de población civil si el Gobierno hubiera escuchado a los sindicatos, que ya en 2014 denunciaron que la crisis del ébola estaba quedando fuera de control y que el sistema sanitario público se estaba desmoronando. Los actuales llamados a una mayor privatización del sistema sanitario en Liberia solo pueden conducir a otra catástrofe mundial. En muchos países en desarrollo, incluido el sur de Asia, el sector sanitario privado carece de la adecuada regulación, lo cual conduce a remuneraciones, condiciones de trabajo, contratos y salarios *ad hoc*, al tiempo que supone un obstáculo para la sindicalización, debido al miedo a perder el trabajo.

De ahí se desprenden las siguientes características, algunas de las cuales, sino todas, resultan evidentes: a) los trabajadores y las trabajadoras no están contratados directamente por el empleador principal –el hospital para o en el que trabajan y, en consecuencia, la relación empleador-empleado no es clara; b) con frecuencia, los contratos de trabajo tienen carácter informal; y c) el empleo es temporal. Y si bien esto les ocurre también a los trabajadores y las trabajadoras que prestan servicios de salud de forma directa (personal médico), se trata de una tendencia incluso más aguda en el caso del personal que presta servicios sanitarios de forma indirecta (personal no médico). Necesitamos estrategias para propiciar la formalización del trabajo informal y para frenar la informalización del trabajo formal en el sector sanitario.

La inversión en la atención primaria y preventiva es crucial para reducir los costes en salud –actualmente se gasta demasiado en cuidados intensivos, algo que, a su vez, podría estar relacionado con los intereses de la industria sanitaria (grandes farmacéuticas y fabricantes de equipos médicos, entre otros)–. Los trabajadores y trabajadoras sanitarios comunitarios prestan con más eficacia los servicios de atención primaria de salud y atención de salud preventiva. No obstante, subrayamos que aquí abunda la remuneración y la formación insuficientes, la explotación y la falta de financiación sostenible.

Si queremos mejores resultados en materia de salud es necesario garantizar la inclusión de las políticas, regulaciones y leyes para adaptar el ratio de pacientes al número de trabajadores/as sanitarios, o cupo de pacientes, en los planes y programas de incremento del empleo en el sector de la salud; asimismo, habrán de recoger cuestiones tales como la armonización a escala internacional y la educación, las cualificaciones y las credenciales del personal sanitario. Esto repercutirá de manera inmediata sobre las condiciones laborales y las vidas de millones de trabajadores y trabajadoras migrantes del sector de la salud y combatirá el creciente *dumping* social.

La inversión en salud: Las inversiones en el sector de la salud –por ejemplo, en la vigilancia y respuesta frente a las epidemias– fortalecen la capacidad de los países para proteger a su población de las enfermedades infecciosas y otros peligros (como las epidemias de los virus del Ébola y el Zika, pero también de las enfermedades no transmisibles). Las consecuencias de estas epidemias pueden resultar extremadamente costosas para las naciones. Las inversiones en personal sanitario han de tratar prioritariamente de garantizar la seguridad sanitaria individual y global –de cara a alcanzar la paz, el desarrollo y el crecimiento económico–.

Muchos países se están enfrentando a estas cuestiones mientras sumidos en conflictos abiertos o mientras se reconstruyen tras un conflicto o de los estragos provocados por catástrofes naturales en curso o recientes (inundaciones, hambrunas, terremotos, etcétera). En torno a mil millones de personas viven hoy en entornos inestables y la cifra de personas desplazadas es la más alta desde la Segunda Guerra Mundial. La salud materno-infantil: casi dos tercios de la mortalidad materna y más de la mitad de todos los fallecimientos de menores de cinco años suceden en situaciones de crisis humanitarias. Y las situaciones de fragilidad proliferan en muchos países que tienen acuerdos de asociación con agencias de cooperación para

el desarrollo. A menudo, dichos países carecen de la capacidad para prestar a su ciudadanía los servicios sociales y de salud básicos. El personal sanitario y las instalaciones sanitarias se han convertido en nuevos objetivos en los conflictos.

La crisis humanitaria también se extiende a los países de destino de los refugiados. La falta de acceso de los migrantes indocumentados y los refugiados a los servicios de salud tiene múltiples efectos. Por una parte, dicha falta de acceso, ya sea total o parcial, es sumamente perjudicial para la salud física y mental. Por otra, cuando empeora la salud de los migrantes y se les impide el acceso a la atención sanitaria necesaria, pueden sobrevenir consecuencias negativas sobre la salud pública, lo cual incluye el sistema público de salud.

Además, hay costes sociales adicionales, derivados del impacto que tiene para las familias y las comunidades que algunos de sus miembros padezcan mala salud. Las políticas sanitarias restrictivas pueden tener consecuencias negativas para el personal sanitario, cuyo compromiso con la ética médica está en contradicción con la exigencia de negar la atención a los pacientes en función de su estatus de residente. En respuesta a ello, muchos profesionales sanitarios y otros proveedores de servicios se esfuerzan por garantizar una sanidad básica para todos, a pesar de que, a menudo, trabajan en condiciones difíciles.

V. Propósito y objetivos de la Campaña

El objetivo general de la campaña sería crear un movimiento mundial multitudinario capaz de influir en las políticas concretas encaminadas a conseguir la Cobertura Sanitaria Pública Universal.

Los objetivos principales de la Campaña Mundial sobre el Derecho Humano a la Salud serían los siguientes:

- (a) Fortalecer los esfuerzos de las afiliadas de la ISP en el sector de la salud, a escala regional y nacional, para promover un aumento de la financiación para la salud, así como para mejorar la rendición de cuentas en materia presupuestaria, en pro de la consecución de la cobertura sanitaria pública universal;
- (b) Incorporar la defensa de los derechos sindicales, la lucha contra la privatización y ciertas cuestiones transversales (como la migración o el cambio climático) a los argumentos de lucha por la consecución de la cobertura sanitaria pública universal;
- (c) Poner de relieve la importancia del Estado a la hora de garantizar los derechos humanos, incluyendo el acceso a la sanidad;
- (d) Crear conciencia sobre el hecho de que los servicios públicos financiados por los gobiernos favorecen las soluciones del mercado;
- (e) Intensificar nuestra intervención en el marco de los mecanismos, procesos y estructuras de la gobernanza mundial, para promover la aceleración de las medidas conducentes al cumplimiento de la meta 3.8 de los ODS y el plan de acción del informe de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico;
- (f) Colaborar con otras federaciones sindicales internacionales, sindicatos no afiliados, centrales sindicales nacionales, organizaciones de la sociedad civil y otras fuerzas aliadas.

VI. Actividades

La campaña implicaría realizar actividades de la ISP a escala local, nacional, subregional, regional y mundial. Habría actividades directamente vinculadas a la campaña y otras afines a esta, en el marco de la labor que lleva a cabo la ISP en el sector sanitario o de apoyo a las luchas de las organizaciones afiliadas o aliadas que estén en conexión con los objetivos de la campaña. Es preciso definir claramente en qué consiste la gobernanza de una salud pública de calidad, con el fin de poder poner en tela de juicio el modo en que los gobiernos garantizan el derecho humano a la salud. Paralelamente, habría que elevar el listón con respecto a los agentes de la sanidad privada en todo el mundo, así como garantizar unas condiciones laborales decentes para los trabajadores y las trabajadoras sanitarias y una sanidad de calidad para todos.

- Lanzamiento de la campaña el 13 de diciembre de 2016, durante la reunión de la Unidad de Trabajo sobre Servicios de Asistencia Sanitaria y Social, y presentación de la campaña en los medios de comunicación;
- Desarrollo de acciones conjuntas de información y comunicación con las afiliadas y los socios de la ISP durante el primer trimestre de 2017;
- Realización de una actividad a escala mundial *cada trimestre*: desde la participación en actos políticos mundiales en el ámbito de la salud; la presentación de publicaciones; la organización de actos públicos; la participación como invitados en conferencias, simposios y seminarios internacionales; hasta la organización de reuniones y manifestaciones; Integraremos los proyectos del sector sanitario en curso en la ISP;
- Elaboración de estrategias y presentación de informes sobre la campaña a los órganos estatutarios de la ISP (Comité Consultivo Subregional de la ISP para el Caribe, CER);
- Selección de los temas prioritarios para las actividades regionales y subregionales y desarrollo de materiales de formación para los talleres específicos sobre la cuestión;
- Diseño de pósters, folletos y volantes;
- Un boletín informativo sobre *el derecho humano a la salud*;
- Colaborar con la OMS, la OIT y la OCDE en todas las cuestiones políticas relevantes en materia de sanitaria, ejerciendo presión y aportando pruebas que respalden nuestra causa;
- Ampliación del número de miembros en las redes regionales y subregionales de salud, y ampliación del alcance de su trabajo;
- Forjar nuevas alianzas y reforzar las alianzas ya existentes con las ONG y las OSC que compartan objetivos similares, con el fin de intercambiar información y experiencias, y colaborar en acciones conjuntas;
- Elaborar, sobre la base de las primeras experiencias de la campaña, una resolución pertinente que será presentada en el 30º Congreso Mundial.

VII. Resultados previstos

Resultados esperados de la campaña:

- *En el plano internacional:*
 - ⇒ Fortalecer a las afiliadas de la ISP del sector sanitario y mejorar el empleo y las condiciones laborales de los trabajadores y las trabajadoras sanitarios;
 - ⇒ Vigorizar el compromiso con el cumplimiento de la meta 3.8 de los ODS;
 - ⇒ Respaldar la campaña a favor de la justicia fiscal, para financiar los sistemas sanitarios públicos;
 - ⇒ Dotar de mayor visibilidad a la ISP en el discurso internacional en materia sanitaria y en la formulación/aplicación de los pactos y las políticas de salud;
 - ⇒ Poner en marcha el plan de acción del informe de la Comisión de Alto Nivel de la ONU sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, para apoyar la sanidad pública;
 - ⇒ Estrechar la cooperación con la OIT, la OMS y la OCDE en materia de política sanitaria.
- *En el plano nacional y regional:*
 - ⇒ Movilizar a las afiliadas para que hagan campaña en favor de la cobertura sanitaria pública
 - ⇒ Dotar de mayor visibilidad a la ISP y sus afiliadas dentro de las distintas regiones y en lo que atañe a la formulación y la aplicación de las políticas sobre servicios sociales y sanitarios.
 - ⇒ Movilizarse para lograr legislaciones y políticas que mejoren el acceso universal a una sanidad pública y fortalezcan los sistemas sanitarios nacionales;
 - ⇒ Contribuir a la elevación cuantitativa y cualitativa del personal sanitario, incluyendo un aumento de la contratación de jóvenes trabajadores y las trabajadoras sanitarios;
 - ⇒ Fomentar la plena aplicación de las convenciones y leyes sobre la salud y la seguridad en el trabajo del personal sanitario;

- ⇒ Desarrollar propuestas legislativas, políticas y reguladoras que respondan a los problemas de las trabajadoras del sector de la salud (tales como la existencia de guarderías en las instalaciones sanitarias);
- ⇒ Presionar para conseguir la reducción inmediata de la violencia en el lugar de trabajo;
- ⇒ Garantizar una mayor visibilidad de la ISP y sus afiliadas en el discurso nacional y la formulación/aplicación de los pactos y las políticas de salud;
- ⇒ Elevar el número de miembros de las organizaciones afiliadas y las personas afiliadas en el sector de la salud.