

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO
Programa de Actividades Sectoriales

Nota sobre las labores

**Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios
de salud: instituciones, capacidad y eficacia**

Ginebra, 21-25 de octubre de 2002



ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO
Programa de Actividades Sectoriales

Nota sobre las labores

**Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios
de salud: instituciones, capacidad y eficacia**

Ginebra, 21-25 de octubre de 2002

Indice

Introducción	1
Parte 1. Examen del punto inscrito en el orden del día	5
Informe del debate.....	7
Introducción	7
Composición del Grupo de Trabajo	7
Presentación del informe y debate general.....	7
Debate general.....	9
Cómo se entiende el diálogo social en los servicios de salud.....	13
Servicios de salud y participación en el diálogo social.....	22
Examen y adopción por la Reunión del proyecto de informe y del proyecto de conclusiones	30
Conclusiones sobre la consolidación del diálogo social en los servicios de salud: marco de orientación práctica	31
Consideraciones generales	31
Los servicios de salud y el concepto de diálogo social.....	31
Programa de diálogo social en los servicios de salud	31
Representación de los interlocutores sociales	32
El diálogo social en situaciones de cambio estructural.....	32
Estipulación y aplicación de normas de calidad.....	33
Creación y consolidación de instituciones de diálogo social en los servicios de salud	33
Planificación del diálogo social	34
Iniciación del diálogo social en los servicios de salud.....	34
El proceso de diálogo social.....	34
Seguimiento y evaluación del proceso de diálogo social en los servicios de salud	34
Movilización de los recursos necesarios al diálogo social en los servicios de salud	35
Acción futura de la OIT	35
Orientación práctica para consolidar el diálogo social en los servicios de salud.....	35
Migración de los trabajadores de la salud.....	36
Parte 2. Resoluciones	37
Examen y adopción de los proyectos de resolución por la Reunión	39
Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano fundamental.....	40
Texto de la resolución adoptado por la Reunión.....	41
Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano fundamental.....	41

Parte 3. Otros asuntos	43
Presentación del portal de acceso centralizado al sitio Web del Departamento de Actividades Sectoriales	45
Mesa redonda sobre la violencia en el lugar de trabajo: Una amenaza para la calidad de los servicios de salud	45
Parte I: ¿En qué consiste el problema?	45
Parte II: ¿Cómo abordar el problema?	49
Discursos de clausura	53
Cuestionario de evaluación.....	55
Lista de participantes.....	59

Introducción

La Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia se celebró en Ginebra, en la sede de la OIT, entre el 21 y el 25 de octubre de 2002.

La Oficina elaboró un informe¹ en español, francés e inglés para que orientara las deliberaciones de la Reunión. Dicho informe abordaba los siguientes temas:

- acontecimientos recientes en el sector de la salud: instituciones, estructuras y gestión de los servicios de salud, evolución del mercado de trabajo y financiación de la asistencia sanitaria;
- instituciones, capacidad y eficacia de los interlocutores sociales en el diálogo social; el diálogo social como método de relaciones laborales; categoría y tipo de instituciones en el diálogo social; estructuras de gobierno; los empleadores y sus organizaciones; los trabajadores y sus organizaciones; condiciones y criterios de capacidad para entablar un diálogo social; indicadores de eficacia del diálogo social en los servicios de salud, y
- posible marco para consolidar el diálogo social en el sector de la salud.

El Consejo de Administración designó al Sr. V. Klotz, miembro gubernamental de dicho Consejo, para que lo representara en la Reunión y la presidiera. La Reunión eligió dos Vicepresidentes: el Sr. R. Tremblay (Canadá) del Grupo Gubernamental/Empleador y la Sra. D. Matebeni del Grupo de los Trabajadores.

Asistieron a la Reunión representantes de los siguientes países: Barbados, Brasil, Canadá, República Centroafricana, Chile, China, Colombia, República Checa, República de Corea, Chipre, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, Finlandia, Francia, Ghana, Hungría, Kenya, Luxemburgo, Marruecos, Mauricio, Nigeria, Panamá, Polonia, Sudáfrica, República Árabe Siria, Suiza, Túnez y Venezuela. Asistieron asimismo ocho representantes de los empleadores y 25 representantes de los trabajadores.

También asistieron a la Reunión, en calidad de observadores, cuatro representantes de la Organización Mundial de la Salud y de las siguientes organizaciones internacionales no gubernamentales: Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres, Consejo Internacional de Enfermeras, Federación Internacional de Empleados de los Servicios Públicos, Organización Internacional de Empleadores, Internacional de Servicios Públicos y Confederación Mundial del Trabajo.

Los dos Grupos eligieron sus Mesas como sigue:

Grupo Gubernamental/Empleador

<i>Presidente:</i>	Sr. J. Wagner (Estados Unidos)
<i>Vicepresidente:</i>	Dr. F. K. Anyah (miembro empleador)
<i>Secretario:</i>	Sr. J. Dejardin (Organización Internacional de Empleadores (OIE))

¹ OIT, Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia, Ginebra, 2002: *El diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia*, 76 págs.

Grupo de los Trabajadores

<i>Presidente:</i>	Sr. P. Green
<i>Vicepresidente:</i>	Sr. M. Valera Corro
<i>Secretario:</i>	Sr. M. Waghorne (Internacional de Servicios Públicos)

El Secretario General de la Reunión fue el Sr. O. de Vries Reilingh, Director del Departamento de Actividades Sectoriales y la Secretaria General Adjunta la Sra. C. Doumbia-Henry también del citado Departamento. La Secretaria Ejecutiva fue la Sra. G. Ullrich; la Secretaria de Actas la Sra. S. Maybud. Los expertos fueron la Sra. C. Foucault-Mohammed, el Sr. B. Ratteree, la Sra. T. Smout y la Sra. A. Vere.

La Reunión celebró seis sesiones plenarias.

El Sr. Valentin Klotz, Presidente de la Reunión paritaria, nombrado por el Consejo de Administración de la OIT, dio la bienvenida a los participantes. Dijo que era alentador constatar el creciente interés de los gobiernos por esta nueva modalidad de participación gubernamental en las reuniones sectoriales, ya que más de 30 habían enviado representantes. Indudablemente, ello traducía la importancia que tenía el sector de los servicios de salud para todos los pueblos y países. Los servicios de salud eran esencialmente un bien público y se prestaban en beneficio de la colectividad, incluso en el caso de los proveedores del sector privado. Más de una vez se había cuestionado esa combinación de sector público y sector privado, pero no se podía negar la necesidad de que el acceso a los servicios de salud fuera universal. Cada año, los Estados y los usuarios de esos servicios gastaban miles de millones de dólares. El aumento constante de los costos y la inquietud por la salud pública habían hecho que se diera prioridad a la cuestión en el debate público, tal como se subrayaba en el Informe de la OIT. Las condiciones de trabajo y empleo en el sector también eran un tema de candente actualidad, puesto que la calidad de los servicios no sólo dependía de los medios financieros, la disponibilidad de equipos y medicamentos sino también, y particularmente, de los trabajadores de la salud, sus calificaciones y su satisfacción en el trabajo. Dichos trabajadores tenían preocupaciones e intereses legítimos en cuanto al empleo, cuestiones de seguridad, insuficiencia de material, salarios inadecuados, volumen de trabajo, estrés y horarios que obstaculizaban la vida social, formación profesional permanente y su derecho de negociación colectiva acerca de todas esas cuestiones. En virtud de las limitaciones del derecho de huelga en los servicios esenciales, existía la imperiosa necesidad de entablar el diálogo social para evitar o resolver conflictos laborales; ese diálogo debía basarse en un intercambio de información, consulta y negociación sin ambages entre el Estado, los empleadores, los trabajadores y sus representantes.

En los servicios de salud se habían iniciado reformas para contener los costos, garantizar el financiamiento necesario, mejorar la calidad de la prestación y crear condiciones de trabajo de calidad para los trabajadores de la salud. En muchos casos, ese proceso de reforma había sido objeto de un exhaustivo diálogo social. Más de una vez, la OIT había subrayado la necesidad de que se entablara ese diálogo y, en particular, en las conclusiones de la *Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud*, de 1998, en las que se habían recalcado la importancia de adoptar estrategias de diálogo social y el hecho de que las mejores reformas habían sido fruto de ese diálogo. Un objetivo importante de esta Reunión sería lograr un amplio consenso sobre las conclusiones, lo que beneficiaría tanto a los participantes como a la OIT, consolidando los enfoques de diálogo social. Por último, dijo que el reciente regalo de la maqueta de un buque hospital para la gente de mar, por parte del Gobierno de España, era prueba fehaciente de que los principios de acceso a los servicios de salud no tenían fronteras.

En nombre del Director General de la OIT, la Sra. Sally Paxton, Directora Ejecutiva del Sector de Diálogo Social, también dio la bienvenida a los participantes en la primera reunión sectorial de los servicios de salud, desde septiembre de 1998. En los últimos cuatro años, la OIT había llevado a cabo una serie de actividades y programas relacionados con el sector, y muchos de ellos en asociación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. La *Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y privatización en los servicios municipales*, de 2001, había incluido los servicios de salud. En las conclusiones de esa Reunión se establecía un marco para las deliberaciones sobre el diálogo social en los servicios de salud.

Para empezar había que saber de qué manera el diálogo social se conjugaba con las preocupaciones actuales del sector y, en particular, la creciente importancia de los servicios de salud, y de los seguros que los financiaban, en nuestra vida cotidiana. Por ejemplo, la escasez crónica de enfermeras en varios países industrializados comprometía los esfuerzos de los gobiernos por modernizar los sistemas nacionales de salud pública. Debido a esa escasez, la contratación de enfermeras en el extranjero era crucial para que los servicios siguieran funcionando y, por las largas listas de espera, los pacientes no tenían más alternativa que tratarse en hospitales privados o incluso en el extranjero. En algunos países, la escasez de personal de enfermería era tal que en el próximo decenio tendrían que contratar miles de enfermeras, por lo cual, la migración internacional de profesionales de la salud tendría consecuencias tanto para los países de «emigración» como para los países de «inmigración». Además, últimamente se habían vuelto a plantear viejas preocupaciones sobre el aumento de los costos de la atención y los seguros de salud, para los usuarios, y sobre los intentos de contener los costos mediante la gestión del rendimiento. También preocupaban los informes sobre la disminución de la calidad de los servicios de salud y el deterioro de las condiciones de trabajo, principalmente, el estrés y la violencia en los lugares de trabajo, ya fuera entre los trabajadores de la salud o entre éstos y los pacientes. Si se analizaba más de cerca la situación, cabía preguntarse si el diálogo social no sería parte de la solución de estas cuestiones tan graves. La OIT pensaba que mediante debates francos y abiertos entre los interlocutores se fomentaría el diálogo social para contribuir a encontrar soluciones a los problemas socioeconómicos, promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas, elementos esenciales del buen gobierno y valores que revestían singular importancia para neutralizar las incertidumbres de la globalización. La experiencia mundial había demostrado que los gobiernos tenían que tomar más medidas para incorporar el diálogo social en la formulación de las políticas que incidían en las condiciones de trabajo de millones de trabajadores del mundo entero, incluidos los trabajadores de la salud.

Para la OIT, el diálogo social comprendía todo tipo de negociación, consulta e intercambio de información entre representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores sobre cuestiones de interés común relacionadas con las políticas económica y social. A estos efectos, para que el diálogo social fuera fructífero hacía falta un marco jurídico, un marco institucional, o ambos, y unos interlocutores sociales capaces de sacar provecho de su participación en el mismo. El diálogo social era un proceso permanente de consulta y negociación que no terminaba cuando se concluía algún acuerdo. Aunque el proceso exigía tiempo y era difícil, la recompensa se traducía en resultados duraderos puesto que todas las partes que intervenían eran plenamente conscientes de las decisiones tomadas. Los procesos de diálogo social eran fundamentales en la administración pública, en especial en los servicios de salud, a los efectos de promover y defender los derechos de los trabajadores. El ejercicio del derecho de libertad sindical y de negociación colectiva de los funcionarios públicos y trabajadores era ya una realidad en la mayoría de los países industrializados así como en muchos países en desarrollo.

La OIT promovía los mencionados derechos mediante numerosos instrumentos, pero principalmente a través del proceso de elaboración de normas y mecanismos para supervisar su aplicación; la investigación; sus servicios de asesoramiento; la formación y

las reuniones sectoriales de diversos servicios públicos como en el caso de la presente Reunión. En el último decenio, las reuniones sectoriales habían subrayado el papel que desempeñaban los trabajadores de los servicios públicos en la prestación de servicios de calidad, lo que se había plasmado en conclusiones muy claras sobre el aporte del diálogo social en la consecución de ese objetivo. La labor futura de la OIT preveía una reunión en enero de 2003 en la que se examinaría la situación de los trabajadores en los servicios públicos de urgencia — categoría que se había destacado durante los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 — y otra reunión, en mayo de 2003, sobre las oportunidades y retos planteados a los servicios de utilidad pública.

En septiembre de 2002, la Sra. Paxton había participado en el lanzamiento de una campaña mundial sobre servicios públicos de calidad en un congreso de la Internacional de Servicios Públicos (ISP) donde se destacaba el papel de la fuerza de trabajo en el suministro de servicios de calidad, tan necesarios en el sector salud, y en aras del bienestar de las personas y, por ende, de la productividad de la sociedad en su conjunto. Los trabajadores son el elemento más valioso de cualquier organización, pero sobre todo en los servicios públicos que ocupan mucha mano de obra. De los trabajadores dependía la calidad de la prestación de los servicios públicos, y ello también representaba una parte preponderante de su costo: casi un 70 por ciento. Aunque era evidente que una mejora de la calidad de los servicios públicos dependía de una fuerza de trabajo competente y motivada, se necesitaba tomar medidas concretas para hacer de ello una realidad. La contratación y la conservación en el servicio público de una fuerza de trabajo muy calificada requería educación adecuada, formación permanente, buenas condiciones de trabajo y normas éticas estrictas. El desarrollo de los recursos humanos en la administración pública era un aspecto importante del proceso de reforma y debía tener lugar en un marco establecido mediante un proceso de diálogo social.

La Reunión paritaria sobre la incidencia de la descentralización y privatización en los servicios municipales, de octubre de 2001, pidió a la OIT que, en el contexto de la reforma del servicio público promoviera el diálogo social en todos los planos, en especial a la hora de evaluar los factores que pudieran tener efectos positivos en la eficiencia y calidad de los servicios. Dichos elementos eran las condiciones y la seguridad del empleo; el cumplimiento de las normas de la OIT, la erradicación de la corrupción; la promoción de normas de ética profesional bien concebidas, y la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres. En consecuencia, en el documento de trabajo de esta Reunión se pasaba revista a los ámbitos donde el diálogo social permitiría encontrar soluciones a problemas del sector tales como la escasez de enfermeras y el costo creciente de la salud. En dicho documento se subrayaban también las distintas modalidades del diálogo social, las instituciones necesarias para que pudiera entablarse, los prerrequisitos para mejorar la capacidad de las partes en el diálogo, los indicadores para evaluar la eficacia del mismo, y el enfoque de la OIT para consolidar el diálogo social en general. La oradora esperaba que la Reunión fuera una ocasión de diálogo social internacional en que se adoptaran conclusiones útiles para la acción de los interlocutores sociales y la propia OIT con miras a consolidar el diálogo social en los servicios de salud.

Parte 1

Examen del punto inscrito en el orden del día

Informe del debate ¹

Introducción

1. La Reunión examinó el punto inscrito en su orden del día. En virtud de las disposiciones del artículo 7 del Reglamento de las Reuniones Sectoriales, los integrantes de las Mesas se alternaron en la presidencia de los debates.
2. La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador fue la Sra. Bogen Behrens y el portavoz del Grupo de los Trabajadores el Sr. Green.
3. La Reunión celebró cinco sesiones que se consagraron al examen del punto inscrito en su orden del día.

Composición del Grupo de Trabajo

4. En su quinta sesión plenaria y en virtud de las disposiciones contenidas en el párrafo 2 del artículo 13 del Reglamento, la Reunión estableció un Grupo de Trabajo encargado de redactar un conjunto de conclusiones preliminares que reflejarán las opiniones expresadas durante la discusión del informe. El Grupo de Trabajo, presidido por el Vicepresidente gubernamental/empleador Sr. Tremblay, estuvo integrado por los siguientes miembros:

Miembros gubernamentales/empleadores

- Sra. Bogen Behrens (miembro empleadora)
- Sra. Chiffolleau (miembro empleadora)
- Sra. Mafubelu (Sudáfrica)
- Sra. Porschwitz (Filipinas)
- Sr. Wagner (Estados Unidos)

Miembros trabajadores

- Sr. Gravel
- Sr. Green
- Sra. Mbatia
- Sr. Ndi
- Sr. Nicholas

Presentación del informe y debate general

5. Al presentar el documento elaborado por la Oficina, la Secretaria Ejecutiva resumió los principales temas abordados en los capítulos y puntos propuestos para discusión. En el capítulo 1, titulado «Acontecimientos recientes en el sector de la salud: el contexto del diálogo social», se abordaban cuatro temas principales, a saber:

¹ Adoptado por unanimidad.

-
- **Instituciones y estructuras de los servicios de salud:** la situación se caracterizaba por la descentralización de los sistemas públicos de salud que eran cada vez más autónomos; la modificación de las condiciones de empleo; las diferentes condiciones del personal; la desaparición de las economías de escala y un sector privado integrado por organizaciones con fines de lucro y sin fines de lucro.
 - **Gestión de los servicios de salud:** su peculiaridad era la búsqueda de métodos de gestión del rendimiento y la calidad, en lo que dejaban sentir una influencia de peso los recursos humanos y financieros, así como las modalidades de organización del trabajo; el personal de dirección necesitaba una formación adecuada, estar habitado por la voluntad de servir y saber que debía rendir cuenta de su actuación; el personal necesitaba incentivos materiales e inmateriales que le gratificara; el porcentaje del total de la fuerza de trabajo empleada en el sector salud era elevado y dicha fuerza de trabajo era preponderantemente femenina.
 - **Desarrollo del mercado de trabajo en los servicios de salud:** el lento ajuste de la oferta y las restricciones institucionales y reglamentarias de la demanda dificultaban el funcionamiento de los mecanismos del mercado; la escasez de personal fomenta la contratación internacional y la migración.
 - **Financiación de la atención de la salud:** la financiación dependía del PIB, pero el monto asignado no era indicador de la calidad de los servicios, ni de equidad en cuanto al acceso a los servicios y la eficiencia de los mismos; la proporción entre gasto público y gasto privado en salud era importante como también lo era el sistema de pago; la remuneración del personal era un elemento central de la financiación.

6. El capítulo 2 titulado «Instituciones, capacidad y eficacia de los interlocutores sociales en el diálogo social» abordaba los temas y puntos siguientes:

- **El diálogo social como método de relaciones laborales:** el diálogo social, que sobrepasaba el ámbito de la negociación colectiva, era un proceso permanente de participación de los interlocutores sociales que ayudaba a prevenir y resolver conflictos.
- **Categorías y tipos de instituciones de diálogo social:** las había oficiosas, oficiales y virtuales; sectoriales, intersectoriales, nacionales, locales, empresariales e internacionales; el diálogo social en los servicios de salud tenía su asiento en la política de salud y descansaba en el diálogo con los usuarios.
- **Estructuras de gobierno:** en los servicios públicos de salud, el empleador era el Estado *que también imponía* la reglamentación; una cuestión central para el diálogo social era encontrar la manera de iniciar y mantener los procesos de reforma emprendidos para mejorar la calidad de los servicios de salud y su eficacia en función de los costos.
- **Los empleadores del sector de la salud y sus organizaciones:** entre los empleadores del sector salud cabía constatar la presencia de organismos públicos descentralizados, de organismos privados con fines de lucro y sin fines de lucro, así como de asociaciones de empleadores de distinta índole; emergían ahora organizaciones sectoriales de empleadores; entre las principales cuestiones que se abordaban a través del diálogo social figuraban la contratación de personal, la readaptación y el perfeccionamiento profesionales, y la contención de los costos.
- **Los trabajadores de la salud y sus organizaciones:** en algunos países no se contemplaba la existencia de sindicatos en el sector público; en unos, el porcentaje de sindicación era alto; en otros, la unidad sindical se veía amenazada; entre los

principales asuntos relativos al diálogo social cabía mencionar la formación permanente, la modalidad de organización del trabajo, el sistema de remuneraciones, y la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres.

- **Capacidad para entablar un diálogo social: Prerrequisitos y criterios:** entre ellos cabía citar la capacidad para iniciar el diálogo, la voluntad política de entablarlo y proseguirlo, y el respeto mutuo entre los interlocutores sociales; también era imprescindible que en ese diálogo se abordaran cuestiones concretas, ya sea de orden económico, social o laboral y que se estableciera una interrelación entre los diferentes planos donde tenía lugar el diálogo social.
- **Indicadores de eficacia del diálogo social:** era necesario establecer indicadores para medir el grado de satisfacción de todas las partes que participaban en el proceso de diálogo, a objeto de mejorar sus resultados en el sector de la salud; tarea que también debería emprenderse mediante el diálogo social.

7. Por último, la Secretaría Ejecutiva señaló a la atención de los presentes los 11 puntos propuestos para discusión por la Oficina, que figuraban al final del capítulo 3 de su informe.

Debate general

8. La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador señaló que el diálogo social se podía definir desde perspectivas muy diferentes, según cual fuera la identidad de los interlocutores que participaban en él y los elementos esenciales que lo conformaban. Pero, un enfoque demasiado amplio podría tener como resultado que se lo postergara sine die. Entre las principales cuestiones que se necesitaba considerar figuraban los derechos mínimos de los pacientes y la fuga de cerebros de los países en desarrollo hacia los países industrializados. La situación relativa de países que estaban en distintos estadios de desarrollo determinaría el cariz que cobraría el debate. No obstante, la cuestión central consistía en encontrar la manera de garantizar el derecho a una atención básica de la salud sin que se vieran socavados los derechos de los trabajadores.
9. El representante del Gobierno de Kenya felicitó a la Oficina por un informe claro y centrado en el tema, y se felicitó de la oportunidad que tenían ante sí de intercambiar puntos de vista entre mandantes de la OIT. En los últimos 20 años, los servicios de salud se habían transformado en sistemas muy complejos que, en un primer momento, habían descentralizado sus estructuras y privatizado los servicios, en aras de una mayor eficiencia, y delegando mayores responsabilidades en las administraciones locales. Ahora bien, el desafío que tenían ante sí los interlocutores sociales era el de encontrar la manera de suministrar los mencionados servicios ofreciendo al mismo tiempo un empleo decoroso y buenas condiciones de trabajo a su personal. En Kenya, el diálogo social había sido el mejor mecanismo para obtener la participación de todas las partes interesadas. Era necesario que los trabajadores de los servicios de salud tuvieran un panorama coherente de los principios que orientaban la creación de nuevos sistemas de atención de la salud. En consecuencia, era altamente deseable, o incluso obligatorio, que los interlocutores sociales reconocieran su respectivo papel como también el reto que a cada uno planteaba el diálogo social. Era preciso establecer indicadores para evaluar la eficacia de dicho diálogo. El examen de los resultados alcanzados mediante prácticas idóneas en materia de diálogo social sería uno de los argumentos más convincentes para alcanzar la meta deseada. En su país, los servicios de salud se inscribían en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud. Su Gobierno reconocía que gozar de buena salud era un prerrequisito para imprimir un ritmo adecuado al desarrollo y la industrialización. Se había estado invirtiendo en infraestructuras de salud y personal, en particular, con miras a crear un entorno que favoreciera la sostenibilidad de un sistema de atención de la salud, abordable y accesible a

todos los kenyanos. El Gobierno había previsto descentralizar las instancias decisorias, de asignación de recursos y de gestión de la salud, delegándolas en los distritos para favorecer una mayor participación de las comunidades en la gestión de los servicios de salud. El acento se ponía en la aplicación de un enfoque preventivo más que curativo. Las empresas privadas y las ONG también invertían en servicios de salud. El diálogo social se desarrollaba con cordialidad, de conformidad con la legislación vigente, proceso en el que era fundamental contar con leyes laborales bien concebidas. El Gobierno aplicaba con rigor la ley de relaciones laborales, sobre todo el mecanismo de resolución de conflictos antes de que éstos estallaran y se tradujeran en huelgas o cierres patronales. El Gobierno se había comprometido a mantener un buen clima en el mundo del trabajo aplicando las medidas contempladas en un documento político, negociado y firmado por empleadores, trabajadores y gobierno que preveía el registro de los sindicatos, lo cual estaba en armonía con las normas laborales. La promoción de buenas relaciones laborales, tarea cotidiana del Gobierno, se regía por la ley de conflictos laborales de 1965, enmendada en 1980. En virtud de la misma, las partes en un conflicto podían llegar a un entendimiento a través de canales propios o informar del mismo al Ministerio del Trabajo. La decisión arbitral final incumbía al Tribunal del Trabajo.

- 10.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores dio las gracias a la OIT que celebraba esta Reunión en la que se brindaba una oportunidad a los trabajadores de encontrar a sus contrapartes del Gobierno y el sector privado. No cabía duda de que el diálogo social podía interpretarse de muy diversas maneras. Sin embargo, había que poner el énfasis en la libertad sindical y la negociación colectiva que eran fundamentales para crear asociaciones válidas. Debía tenerse en cuenta que en muchos países los trabajadores no gozaban de esos derechos fundamentales.

- 11.** Un observador de la Internacional de Servicios Públicos (ISP) felicitó a la Oficina por su muy pertinente y amplio informe que planteaba cuestiones que estaban en el centro de interés de la organización que representaba. La ISP contaba con 617 organizaciones afiliadas en 147 países y un total de 20 millones de miembros, un tercio de los cuales pertenecía al sector salud. Dicha organización se mantenía al tanto de la evolución de la situación de dicho sector en todo el mundo, así como de los efectos de las reestructuraciones en el mismo. Aunque la situación variaba bastante de un país a otro, a la ISP le preocupaba mucho que las reformas no tuvieran en cuenta las opiniones de los trabajadores o su impacto en ellos. Se había escrito mucho al respecto, pero las opiniones de los trabajadores figuraban en contadas publicaciones. Pese a la escasez de información, debía adoptarse alguna postura frente al asunto de la sostenibilidad y de unos servicios de salud de calidad y de acceso universal. De ninguna manera debería aceptarse que el ofrecimiento de tales servicios fuera temporal debido a problemas de financiación o limitaciones de orden político. Tal como había quedado registrado en las conclusiones de reuniones anteriores de la OIT, para que las reformas tuvieran éxito, desde un principio había que contar con la participación y el entusiasmo de todas las personas encargadas de llevarlas a cabo. El diálogo social era un proceso inclusivo donde todos los grupos de interés debían ser oídos, y revestía especial importancia en un sector como el de la salud, tan especializado y jerarquizado. La propia índole del proceso de reforma había fragmentado la fuerza de trabajo y sembrado confusión en la relación de empleo. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y los gobiernos donantes habían debilitado la voz colectiva de los trabajadores, propiciando modelos de reforma que ignoraban o que, deliberadamente, desalentaban la incorporación de los sindicatos al proceso de diálogo. En los países en desarrollo y en las economías en transición en particular, los trabajadores querían saber por qué no se les consultaba sobre los procesos de reforma para que sus opiniones y experiencia se tuvieran en cuenta ya que cuando las reformas no daban resultado se terminaba culpándoles de su fracaso. No era sorprendente que al reexaminar sus programas de reforma, el Banco Mundial hubiera constatado que las expectativas no se habían alcanzado. El asunto de la presencia o la ausencia de diálogo era casi cuestión de vida o muerte en los países de Europa central y oriental donde la índole de las reformas

realizadas — a lo largo del eje vertical del sistema — habían causado dolor, sufrimiento y muertes prematuras. Las estructuras previstas para el diálogo social podían variar pero, tal como lo demostraba el caso de Zambia, registrado en el Programa InFocus para el Fortalecimiento del Diálogo Social, de la OIT, quedaba claro que para garantizar que se oyera a los trabajadores de la salud debían cumplirse determinados requisitos esenciales. Entre ellos, un compromiso auténtico de las partes con el diálogo, una voluntad nacional de entablarlo, planes de trabajo claros con prioridades nacionales precisas, una participación adecuada de todas las partes interesadas en los distintos niveles — que debían estar interrelacionados —, y por último, interlocutores fuertes, responsables, capaces y deseosos de entablar dicho diálogo. Si bien estaba claro cuál era el ámbito de acción de los sindicatos, su aporte dependía de su capacidad de hacer frente a las amenazas, de la fuerza con que pudieran apoyar sus reivindicaciones, de que fueran interlocutores válidos e independientes, y de que la formación recibida en instituciones educativas estatales fuera equivalente a la de los empleadores. En su calidad de representante de los trabajadores, la ISP estimaba que sus miembros debían ser tratados como interlocutores sociales válidos en todo proceso de planificación socioeconómica y de toma de decisiones importantes, es decir, como interlocutores que participaban plenamente en el proceso de diálogo social. Si los gobiernos respetaran esos principios, los sindicatos estarían dispuestos a considerar toda propuesta que se les presentara por cuanto se sentirían en condiciones de negociar en un clima de auténtico diálogo. La Reunión debería ofrecer una oportunidad de consolidar los logros alcanzados en las reuniones anteriores en cuanto a los principios orientadores de las reformas y del diálogo, a saber, que todos los interlocutores sociales deberían comprometerse a colaborar efectivamente en la consecución de metas importantes. A ese respecto la OIT debería acordar prioridad a los ámbitos que se presentan a continuación:

- compromisos oficiales de las organizaciones internacionales y programas bilaterales de asistencia para fomentar la labor en el ámbito de estructuras tripartitas;
- compromiso o medidas del gobierno para:
 - alentar a los sindicatos nacionales a examinar y participar en la redacción de análisis de la situación e informes nacionales que sentaran las bases de la ayuda para el desarrollo y de los préstamos antes que fueran firmados;
 - apoyar la investigación sobre porcentajes de sindicación y de deserción sindical en el sector privado y en los sistemas de salud paralelos, y patrocinar el examen del apoyo sindical en la puesta en práctica de las recomendaciones sobre la política a seguir;
 - establecer estructuras tripartitas que incluyan a sindicatos y empleadores, garanticen la participación en todos los niveles y dependencias de gobierno y de la dirección de los servicios de salud, y abogar decidida y ampliamente por una verdadera aceptación del método de diálogo social;
 - definir las prioridades concretas y apropiadas que han de abordarse en el ámbito de las estructuras tripartitas y seguir de cerca el avance en la consecución del programa establecido de común acuerdo;
 - sancionar leyes que consagren la libertad sindical y el reconocimiento de los sindicatos por parte de los empleadores, principalmente en lo que se refiere al sector privado, servicios de salud paralelos y pequeños establecimientos como los de medicina general y odontología, y colaborar con sindicatos y asociaciones profesionales para encontrar mecanismos que garanticen la plena representación de las diversas categorías de la fuerza de trabajo;

-
- ratificar la función que cumple la negociación colectiva, confirmando las disposiciones estatutarias en las negociaciones nacionales y subnacionales;
 - sopesar la función que cumplen las asociaciones puramente profesionales en la elaboración de normas, la formación y las negociaciones sobre remuneración y primas, celebrando las debidas consultas con los sindicatos y emplazar a los órganos de seguros a que hagan lo mismo, y
 - conservar y cimentar las estructuras bipartitas en las empresas para garantizar una consulta cabal respecto a detalles de cuestiones concretas relacionadas con el trabajo, los puestos de trabajo, el empleo y el desarrollo de las calificaciones profesionales.

12. Un observador de la Federación Internacional del Personal de los Servicios Públicos dijo que el Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149), debería servir de referencia para formular la política nacional relativa al personal de enfermería. Ahora bien, el debate había seguido dos vertientes; por un lado, la ideología neoliberal que privilegiaba la prosperidad respecto a las reglas sociales y la protección de los trabajadores y donde el componente social y laboral no es más que un rubro de costo, y, por el otro, aquellos que preconizan los valores del Estado del bienestar, que consideran que la protección social es un principio supremo que, si se respeta, ofrece a cada quien un lugar en la sociedad. Aunque no era fácil establecer un equilibrio entre estas dos posiciones, valía la pena que se celebraran consultas entre los interlocutores sociales en un foro como éste. El Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149), el Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98) y el Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (núm. 151) era pertinentes para los puntos que se iban a tratar en términos de modelar una política. En cuanto a la formulación de esa política, dijo que era primordial considerar el principio de acceso universal. Actualmente, los pacientes conocían mejor sus derechos, incluida la responsabilidad médica. Además, estaban surgiendo ideas respecto a un nuevo diseño de los servicios de salud pero ese proceso llevaba tiempo y, también en este caso, primaban las consideraciones relativas al costo. La mano de obra era el mayor componente de costos de los servicios de salud con un alto coeficiente de mano de obra, de ahí que en las medidas de recorte de costos, fuera también uno de los principales objetivos. Ahora bien, una gestión eficiente debería dar resultados satisfactorios. El sector también se había resentido de la escasez de personal calificada y de una imagen sombría, en términos de perspectivas de carrera, posibilidades de formación y naturaleza de los contratos de empleo, por lo cual era imprescindible que revisara sus políticas de persona. En particular, había que ser cauteloso en cuanto a la definición del término flexibilidad que, a juicio de su Federación, implicaba tener en cuenta las aspiraciones del personal y la calidad de los servicios de salud. A la vez, había que hacer la diferente en el gobierno, en cuanto administración pública, y los empleadores del sector público. Era fundamental que en todos los textos, se definiera el término empleador; no era fácil dividir por tema las cuestiones que englobaba el diálogo social porque formaban parte de un mismo concepto. No obstante, existía un principio que seguía siendo primordial: en la esfera de los servicios de salud, las consideraciones sociales deben primar sobre las consideraciones económicas. En el diálogo social deben abordar las cuestiones principales que interesan al sector, a saber: condiciones de trabajo, materiales y demás; actitudes en el lugar de trabajo; formación permanente; retención del personal; contratación; puestos de trabajo atractivos y volumen de trabajo. La objetividad de criterios nacionales que correspondieran a las normas nacionales debía determinar quienes eran los verdaderos protagonistas del diálogo social entre trabajadores y empleadores, ya que esos procesos auténticamente democráticos podían verse socavados por decisiones ad hoc o unilaterales. El programa de diálogo social, su realización y su seguimiento, tenían que ser fruto de un esfuerzo concertado. También era importante que los procesos decisivos oficiosos se oficializaran, por ejemplo, que los conflictos laborales se plantearan en una instancia de solución de conflictos. Indudablemente, la calidad de los servicios de salud

tenía un precio, pero ese precio era razonable. La labor normativa de la OIT había hecho mucho por el sector de los servicios de salud, pero todavía quedaba mucho por hacer. Un diálogo bien cimentado y el espíritu de colaboración podían dar lugar a servicios de salud sostenibles y de calidad que respondieran a los retos de la política social.

13. Una observadora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dijo que su organización colaboraba con la OIT en varios campos, incluido el diálogo social. Hacía falta investigar más sobre el tema. Por ejemplo, los sistemas de salud requerían recursos físicos y técnicos. Entonces, ¿cuál era el equilibrio ideal entre la investigación y las estrategias de inversión apropiada? Existían grandes diferencias en cuanto a la manera en que los países formulaban y aplicaban políticas y estrategias de recursos humanos. De ahí que en muchos casos hubiera tensiones e incluso conflictos entre las profesiones. Por otra parte, las decisiones en materia de inversiones tenían consecuencias a largo plazo; formar al personal de salud llevaba de seis y siete años, por lo cual era preciso prever. Además, las inversiones estaban sujetas a interferencias políticas que no sólo afectaban la distribución geográfica de recursos y servicios sino también a otros sistemas. La OMS estaba creando un marco que permitiría entender mejor diversas cuestiones y establecer el vínculo entre los recursos necesarios para el sector de la salud y los sistemas de salud. Hacía falta investigar más para saber de qué manera, los trabajadores de la salud funcionaban en equipo, cómo se les utilizaba, y varias cuestiones relacionadas con el mercado de trabajo. También era preciso analizar otros asuntos; por ejemplo, la reglamentación de la profesión; el rendimiento del sistema de atención de salud; la manera en que lograba cumplir con sus metas y responder a las legítimas aspiraciones de la población; su financiamiento y sus diferentes funciones. Una de las cuestiones primordiales que debían abordarse en el diálogo social y, que formaba parte de las cuestiones que estaba examinando la OMS, era la necesidad de ampliar las intervenciones de salud, por ejemplo, mediante la vacunación. En segundo lugar, había que acabar con ciertas desigualdades, por ejemplo, la desigualdad geográfica provocada por la emigración a países desarrollados de profesionales de la salud de países en desarrollo, y la fuerza de trabajo de salud pública. Otra cuestión era las condiciones de trabajo; por ejemplo, el impacto del VIH/SIDA en los trabajadores de la salud que estaban en primera línea para tratar problemas relacionados con el VIH/SIDA. En tercer lugar, había que examinar los vínculos entre educación y prestaciones de los sistemas de atención de salud. La OMS y la OIT ya colaboraban en algunos proyectos, entre ellos, la creación de un mejor observatorio de datos de los trabajadores de la salud en la reforma del sector de la salud a fin de establecer opciones políticas.

Cómo se entiende el diálogo social en los servicios de salud

14. El portavoz del Grupo de los Trabajadores señaló que en la Reunión paritaria sobre el impacto de la descentralización y la privatización en los servicios municipales, el diálogo social no se había considerado como un hecho único sino como un proceso permanente que no terminaba una vez que la reforma hubiera tenido lugar. Varios miembros trabajadores habían apoyado esa perspectiva y se habían referido a las experiencias en sus respectivos países tras lo cual se había llegado a un acuerdo unánime a ese respecto. Aunque el diálogo social exigía tiempo, era un proceso que valía la pena porque las decisiones de cada parte se tomaban con conocimiento de causa. Los empleadores de los sectores público y privado debían ir más allá de la negociación colectiva tradicional y considerar los problemas antes de que sólo una de las partes impusiera una solución. Un miembro trabajador afiliado a un sindicato alemán tomó la palabra para explicar que el diálogo social se relacionaba con la negociación de las condiciones de trabajo y citó algunas directivas y reglamentos de la Unión Europea sobre diálogo social en calidad de ejemplos. Dichas directivas y reglamentos se referían al trabajo a tiempo parcial, y a la seguridad y salud en el trabajo en el marco del diálogo social. En Camerún el diálogo social no sólo era un proceso permanente sino que era muy importante para evitar los conflictos sociales. De lo anterior se desprendía que cada parte respetaba a la otra parte,

pero, por el hecho de que con frecuencia al asumir los empleadores una mayor carga financiera adquirirían una mayor influencia que distorsionaba el proceso disminuyendo su eficacia. Si el estado era el empleador, su poder y su influencia se podían ejercer precisamente para evitar que tuviera lugar el diálogo social. De manera que la regla de la igualdad de las partes debía definirse de modo concreto porque de lo contrario el diálogo social carecería de sentido. De la experiencia de Sudáfrica se desprendía que la negociación y la negociación se consideraban importantes pero que la consulta era insuficiente. Además, había que tener en cuenta que una vez alcanzado un acuerdo era necesario aplicarlo. Era posible brindar apoyo a trabajadores y empleadores para que pudieran hacer frente a los procesos de cambio con recurso al diálogo social. La habilitación de todos los interlocutores sociales permitiría que se pudiera ofrecer a las comunidades servicios de salud de calidad.

- 15.** Otro miembro trabajador argumentó que el diálogo social sólo podía ser una realidad si la atención de la salud se reconocía como un derecho fundamental. En los Estados Unidos, 44 millones de personas no tenían acceso a la atención de la salud, y el ritmo del alza de los costos se representaba con cifras de dos dígitos. Los interlocutores privados y el gobierno compartían el punto de vista de que la salud sólo podía florecer en el mercado donde los trabajadores podían encontrar la gama de servicios que mejor les conviniera. Un diálogo social genuino significaba que los interlocutores sociales tenían que habérselas con cuestiones de envergadura como mejorar el acceso a los servicios de salud o debatir si la atención de la salud era un derecho o una mercancía. En los Estados Unidos actualmente no se debatía acerca de lo que había que hacer. Los sistemas de atención de la salud estaban en crisis pro doquier y había escasez de enfermeras otros profesionales de la salud calificados. El status quo no podía mantenerse. A ese respecto la iniciativa Kaiser Permanente en los Estados Unidos que reconocía a los sindicatos y a los empleadores como interlocutores iguales ante la mesa de negociaciones era ejemplar. Los resultados conseguidos gracias a esa cooperación constituían un avance importante que probaba que el diálogo social era posible y fructífero si existía la voluntad de considerar la atención de la salud como un derecho.
- 16.** Un miembro trabajador de Francia señaló que las ideas expresadas por su Grupo diferían entre sí pero no eran contradictorias. Por el contrario, en gran medida eran convergentes. El éxito de las iniciativas emprendidas en el sector salud dependía de un diálogo social logrado. A su vez, el éxito en dicho diálogo dependía de los siguientes elementos cruciales: conocer la identidad de las partes, sus atribuciones y su autoridad o poder. Se debía tener presente que la tolerancia era una actitud necesaria como lo era también la eventualidad de tener que transigir en vista de que los intereses de las partes no coincidirían siempre. El diálogo social debería aplicarse en todos los ámbitos relacionados con la salud. La presente Reunión paritaria demostraba que los interlocutores sociales podían sentarse ante una mesa a conversar sobre las medidas que permitieran que todos tuvieran acceso a la salud.
- 17.** El portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador informó a la Reunión que no se había tomado una decisión en lo concerniente a las definiciones. El Grupo de los Empleadores estudiaba cuidadosamente el diálogo social en relación con las diferentes cuestiones consideradas así como su redacción porque el Grupo quería que el enfoque fuera lo más inclusivo posible. Aunque la tarea representaba un reto, ya comenzaban a emerger resultados de los pequeños grupos en que se trabajaba. Un miembro empleador preguntó si todos entendían la misma cosa cuando hablaban de diálogo social. ¿Se restringía su ámbito a la negociación colectiva o podía irse más allá, como parecía deducirse de la intervención de un miembro trabajador? En el sector salud, el diálogo social nada tenía que ver con las negociaciones sobre salarios o condiciones de trabajo por lo que en general iba a ser difícil conseguir un consenso si el término estaba cargado de asociaciones de ese tipo.
- 18.** El representante del Gobierno de Kenya dijo que el diálogo social comprendía todas las formas de interacción entre los tres interlocutores sociales. Era una herramienta necesaria

para mejorar las relaciones de trabajo entre el empleador y los trabajadores. Era también un proceso útil para resolver conflictos en el lugar de trabajo, propiciar entre los interlocutores sociales la discusión de temas de interés común como salarios, condiciones de empleo, disciplina en el trabajo y su control, seguridad y salud en el trabajo, y políticas de formación.

19. El representante del Gobierno de Suiza aconsejó actuar con cautela y evitar una discusión que implicaría ampliar el concepto de diálogo social. Aunque la calidad de los servicios y de la atención de la salud eran cuestiones importantes que se inscribían en el ámbito de competencia de la OIT, el centro de interés debía apuntar a las condiciones de trabajo en el sector salud. Le parecía apropiado un enfoque que contemplara avanzar paso a paso, ya que se podría avanzar a partir de unas bases sobre las que se podría ir construyendo paulatinamente. En un debate sobre relaciones laborales era importante determinar quiénes eran los interlocutores sociales, de modo que las condiciones de trabajo pudieran mejorarse en todo el ámbito que correspondiera. Incluso dimensiones como la financiación o el acceso a la atención de la salud ampliarían el debate.
20. El representante del Gobierno de Chipre convino en que era importante considerar el diálogo social en el marco de las relaciones de trabajo efectivas, contrastándolas con un modelo ideal. Con respecto al informe que servía de base al debate era importante señalar que era muy poco probable que la reforma del sector público alcanzara las metas establecidas debido a los efectos del ajuste estructural. Dicho esto, no se podía definir el diálogo social teniendo únicamente en cuenta las relaciones laborales.
21. Para aclarar la definición de diálogo social, el Secretario General remitió a los participantes a la definición de trabajo de la OIT, incluida en la página 73 del informe. Esta procuraba abarcar el mayor número posible de fenómenos de la manera más amplia. Dicha definición de trabajo, utilizada en el documento «Propuestas del Programa y Presupuesto» tres años atrás cuando se había creado el Sector de Diálogo Social abarcaba, entre otros, la negociación, las consultas o el intercambio de información entre los tres interlocutores sociales, cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo, los salarios, los horarios de trabajo y las vacaciones, las negociaciones bipartitas y tripartitas a nivel central, y las negociaciones sobre relaciones laborales en el sector o en la empresa. El concepto de representación colectiva, tal como se definía en el Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971 (núm. 135), era importante.
22. La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador informó que una vez que se hubiera logrado el consenso respecto del primer punto en discusión, el Grupo abordaría el segundo punto, relativo a las cuestiones que han de incluirse en el diálogo social; los puntos 2 y 3, de hecho, podían considerarse juntos. Un miembro empleador subrayó la necesidad de que se contrajera un firme compromiso con el diálogo social y recordó la importancia que había tenido por décadas en Alemania, cimentando la concertación social. Reiteró que era difícil responder al segundo punto si no había consenso acerca del primero. A su juicio, se debía abundar en el tercer punto incluyendo a todos los empleadores y todos los trabajadores pues dado que todos ellos tenían que financiar el sector de la salud y debían decidir cuál era el sistema de salud apropiado.
23. El portavoz del Grupo de los Trabajadores indicó que las cuestiones relacionadas con el diálogo social se habían definido en función de las fronteras que se habían trazado y de los legítimos intereses que se perseguían. Era preciso entender qué cuestiones y circunstancias serían protegidas porque muchas veces, el diálogo se interrumpía en la temprana etapa de establecer la lista de puntos a tratar. Los gobiernos tendían a solicitar la participación de los trabajadores después de haber tomado decisiones políticas o a dar crédito a la impresión de una realidad compartida. En otros casos, se utilizaba a los trabajadores para garantizar que la introducción de la reforma de la política social no tropezara con escollos. Para llegar a una situación beneficiosa para todos, los trabajadores tenían que determinar

cuales eran las cuestiones más importantes que se debían plantear en función de sus intereses tales como reducir los costos y promover la calidad del empleo. También se podía buscar apoyo financiero de otras partes. En definitiva, todos los interlocutores sociales tenían que participar al nivel más indicado. Un miembro de los trabajadores señaló que en situaciones de dificultad económica y extrema pobreza, el diálogo social también debería abarcar la noción de exclusión social. En Panamá, había que garantizar que quienes no tenían acceso a la atención de salud, al menos tuvieran acceso al diálogo social. Otro miembro trabajador se preguntó cómo se podía garantizar el acceso sin proporcionar los medios necesarios. No sólo había que asignar recursos a la atención de salud sino también a los trabajadores de la salud. Si no se consultaba a los trabajadores, era imposible entablar el diálogo social porque también había que poner el énfasis en los trabajadores de la salud, sus salarios y sus condiciones de trabajo. Además, problemas tales como la emigración de trabajadores calificados a otros países no podrían resolverse sin diálogo social.

- 24.** El miembro trabajador de Barbados argumentó que en un mundo globalizado donde los retos eran mundiales, algunos países tenían que hacer frente a servicios de salud desnaturalizados. Entendía que el diálogo social tenía el potencial de contribuir al desarrollo de los servicios de salud, principalmente en cinco esferas. En primer lugar, podía contribuir al desarrollo y la reorganización de la prestación de servicios de salud y de las normas de atención de salud, lo que abarcaba: financiación; garantía de calidad; sistemas de información; mantenimiento y evaluación de la tecnología; administración de medicamentos y gestión de desastres. En segundo lugar, podía contribuir al desarrollo de los recursos humanos, examinando cuestiones tales como la movilidad laboral, la formación y una gestión competente de los servicios de salud. En tercer lugar, el diálogo social podía contribuir a promover la buena nutrición, la protección del medio ambiente y la seguridad alimentaria. En cuarto lugar, el diálogo social podía promover una buena calidad institucional centrada en el paciente mediante una mejor prestación de servicios en el segundo y en el tercer nivel, así como consolidar las alianzas bipartitas. Por último, a través del diálogo social, se podía incorporar a donantes que apoyaran la reforma del sector de la salud financiando, entre otros, equipos, investigaciones y servicios técnicos. Los gobiernos y los empleadores debían comprender el papel fundamental que desempeñaban los sindicatos en el diálogo social si este último redundaba en beneficio de la sociedad en su conjunto. Al final del debate, el portavoz de los trabajadores reiteró que cada interlocutor debía participar en las discusiones apropiadas en los niveles apropiados. El acceso a la atención de salud, por ejemplo, era un amplio tema de discusión que englobaba a los interlocutores del nivel central. Las cuestiones relativas al empleo requerirían una colaboración más estrecha a otro nivel.
- 25.** La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador, volviendo al punto 1, dijo que su Grupo no tenía una respuesta definitiva y que más bien sugería que todos los asuntos relacionados con el sector salud se incluyeran en el diálogo social en cuyo ámbito cada actor tenía derecho a plantear cuestiones y todas las partes interesadas establecerían juntas el programa de trabajo.
- 26.** La representante del Gobierno de Suiza dijo que el debate del Grupo Gubernamental/Empleador comprendía una amplia gama de opiniones y recalcó que la finalidad del diálogo social no era ocuparse del sector de salud en su conjunto ni de la reforma de dicho sistema. Aunque había interacciones entre el sistema de atención de salud y las relaciones laborales, ampliar la definición para incluir todos los aspectos del sistema de salud era demasiado ambicioso como para resultar útil.
- 27.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores apoyó la definición de diálogo social presentada por el Grupo Gubernamental/Empleador. Refiriéndose al debate del día anterior, reiteró que los trabajadores opinaban que el diálogo social debía incluir una amplia gama de cuestiones. Ahora bien, lo más importante era saber quiénes serían los interlocutores, una

gran cantidad de grupos, como en el caso de la prestación de servicios de salud o un número limitado.

- 28.** Volviendo al debate del punto 2, la portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador sugirió que los gobiernos cumplieran la función de facilitar la continuidad del diálogo de conformidad con un marco jurídico que estipulara la estructura del mismo. Las sugerencias en cuanto a quién debía establecer el programa contemplaban la posibilidad de que todas las partes participaran en la tarea o que ésta fuera competencia de alguna autoridad competente.
- 29.** El representante del Gobierno de Túnez añadió que los puntos 2 y 3 estaban estrechamente vinculados e insistió en la necesidad de que se estableciera un marco jurídico por el que se crearan órganos administrativos y, eventualmente, médicos, en el que se indicara concretamente qué órganos tratarían las cuestiones a escala nacional y regional, o incluso a micronivel. La meta de esta institucionalización del diálogo social sería crear un sistema de comunicación para todos los actores de los servicios de salud. Citó el ejemplo de su país donde en 1991, en el marco de la reforma del sector de la salud, se crearon órganos de debate en los que todas las partes interesadas tratan varias cuestiones relativas a la salud. Los aportes de las diversas instituciones contribuían a un constante intercambio de ideas entre los interlocutores sociales. La reforma actual del sistema tunecino del seguro de salud, aún en curso de realización, perseguía mejorar la calidad de la atención, dar acceso a la misma a todos los ciudadanos, cuidar de que no se dispararan los costos y conseguir lo anterior con recurso al diálogo social entre todas las partes interesadas. El Gobierno creó en 1996 una comisión nacional encargada de establecer un sistema de seguro de salud en la que participaron todas las partes interesadas, a saber: departamentos de los diferentes ministerios interesados, órganos que administran los fondos de la seguridad social, asociaciones gremiales, organizaciones de empleadores y de trabajadores, representantes de las profesiones de la salud, de las organizaciones de consumidores, etc. Dicha comisión tenía como objetivo que todas las partes en el diálogo social participaran activamente en el establecimiento de un nuevo sistema de salud que respondiera en forma más adecuada a las aspiraciones de los ciudadanos y de los diferentes interlocutores sociales, teniendo siempre presente la capacidad del país.
- 30.** Una representante de los trabajadores, interviniendo en representación de su Grupo, se refirió a asuntos planteados en el debate del punto 3. En primer lugar, el reconocimiento de los representantes de los interlocutores sociales guardaba relación con la idea de legitimidad; si había una auténtica legitimidad, entonces, la viabilidad del diálogo estaba asegurada. Los trabajadores querían tener voz a través de sus representantes y participar en la definición de los procedimientos de elección de dichos representantes para garantizar que la representación fuera lo más legítima posible. En este proceso también era importante establecer criterios claros sobre quién debería representar a los trabajadores, habida cuenta del número de organizaciones que los representaban y de la necesidad de aunar posiciones. En el caso de que se optara por acreditaciones, los gobiernos deberían considerar a las organizaciones de trabajadores o a las centrales sindicales de mayor alcance, incluido el sector informal. Citó el ejemplo de Filipinas donde se crearon alianzas entre las organizaciones obreras y el Congreso de Sindicatos de Filipinas para unificar la representación. Esta alianza también colaboraba con las organizaciones nacionales de profesionales de la salud para ampliar más aún su representación. Dado que las situaciones variaban de un país a otro, los gobiernos y los empleadores no deberían cercenar el derecho de las grandes organizaciones profesionales a estar representadas en el diálogo social, sobre todo, porque estas organizaciones abordaban cuestiones de subsistencia y tenían representantes electos por los trabajadores. En cuanto a saber qué instancias gubernamentales deberían participar, dependería de las circunstancias. Por ejemplo, los términos y las condiciones de empleo podrían tratarse a nivel local, mientras que las cuestiones presupuestarias sólo deberían discutirse a escala nacional. Los empleadores

deberían considerarse un solo interlocutor, se tratara o no de instituciones con fines de lucro.

31. Otro miembro trabajador describió la situación en la Federación de Rusia donde el Sindicato de Trabajadores de la Salud utilizaba el diálogo social como un mecanismo eficaz para solucionar conflictos laborales. En su país, el diálogo social se daba a tres niveles — estatal, regional e institucional — y en cada uno de ellos se había definido claramente quienes serían los interlocutores. Este sistema había sido fruto de largas negociaciones que culminaron con la adopción de una ley de colaboración social vinculante para el Gobierno, los sindicatos y los empleadores. En esta ley se dice que los sindicatos son los representantes de los trabajadores en el diálogo social. También se describe la función de los sindicatos para proteger los intereses de los trabajadores, se estipulan los procedimientos de firma de acuerdos y se establecen las responsabilidades de los empleadores en caso de que no participaran en el proceso de diálogo social o hicieran caso omiso de los resultados del mismo. Este sistema permitió resolver varios problemas de talla, entre ellos, el monto considerable del atraso de pago de salarios a los trabajadores de la salud. También se utilizó para pulir los planes de privatización de la atención de salud en la Federación de Rusia y aprobar programas de empleo para paliar los disturbios provocados por la reestructuración.

32. Una representante de los trabajadores, hablando en nombre de su Grupo, abordó la cuestión de la representación. Aunque la interpretación del concepto podía variar de un país a otro, era importante tener presentes los Convenios núms. 87 y 135 y, en particular, el artículo 3 del Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971 (núm. 151) que dice:

A los efectos de este Convenio, la expresión representantes de los trabajadores comprende las personas reconocidas como tales en virtud de la legislación o la práctica nacionales, ya se trate:

- a) de representantes sindicales, es decir, representantes nombrados o elegidos por los sindicatos o por los afiliados a ellos; o
- b) de representantes electos, es decir, representantes libremente elegidos por los trabajadores de la empresa, de conformidad con las disposiciones de la legislación nacional o de los contratos colectivos, y cuyas funciones no se extiendan a actividades que sean reconocidas en el país como prerrogativas exclusivas de los sindicatos.

Esta definición muestra claramente la función de los interlocutores del diálogo social. No obstante, dar únicamente una definición parcial podía ser muy peligroso ya que ello podía traducirse en la exclusión de algunas categorías de los trabajadores. Esto subrayaba la importancia de estipular normas nacionales, que también pudieran aplicarse a escala internacional, lo que permitiría identificar claramente a los participantes en el diálogo social.

33. El portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador abordó las cuestiones de la representación y de los niveles de Gobierno que debían participar, indicando que su Grupo se congratulaba de la vivacidad del debate en el que se expresaban diversos puntos de vista. En cualquier caso, primaba la opinión de que en las distintas instancias deberían participar representantes de los niveles local, regional y federal y que ello dependía de cada cultura y de las prácticas anteriores.

34. Los representantes gubernamentales de Egipto y Panamá respondieron a los comentarios anteriores de su Grupo. Aunque las situaciones variaran de un país a otro, en Panamá, el Ministerio de Salud desempeñaba una función importante orientando el proceso de diálogo y consulta. En Egipto, se había descrito el proceso de reforma del Ministerio de Salud y Poblaciones, inclusive algunos objetivos de dicha reforma. A fin de alcanzar dichos

objetivos, se habían creado comités integrados por representantes de otros ministerios, y no sólo del Ministerio de Salud y Población.

- 35.** Una representante de los trabajadores, hablando en nombre de su Grupo, dijo que los sindicatos eran representantes oficiales y legítimos de los trabajadores y que sus dirigentes eran libremente elegidos por los trabajadores. Puntualizó que el reconocimiento del derecho de negociación colectiva, tal como está estipulado en el Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98), era requisito previo de un diálogo social significativo. En la República Unida de Tanzania, los trabajadores del sector público y del sector privado de la salud, estaban representados por un solo sindicato, lo que había facilitado la creación de un mecanismo eficiente de diálogo social. Ejemplo de ello era el consejo del personal, integrado por representantes del Gobierno y de los trabajadores. El hecho de que los trabajadores estuvieran representados por un solo sindicato no excluía que pudieran ser representados por una organización profesional. Esto sería muy pertinente en aquellos países donde no se los admiten como sindicatos, aun cuando las organizaciones profesionales se consideraran sindicatos. En cuanto a la participación de los distintos niveles de gobierno, ésta dependería de las circunstancias. En ciertos casos, algunas cuestiones podrían discutirse a nivel local, pero otras, principalmente las relacionadas con asuntos presupuestarios, debían abordarse a nivel nacional.
- 36.** En cuanto al punto 4, la portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador señaló que los sistemas de alerta temprana podían adoptar distintas formas, a saber, foros mensuales de diálogo social; comunicaciones efectivas y repetitivas, y sensibilización de los medios de comunicación acerca de la prestación de los servicios de salud para contribuir a que el público entendiera, lo que se trata de otro enlace de comunicación efectiva. Varios miembros gubernamentales (Kenya, República Arabe Siria, Túnez y Malasia) propusieron otras medidas que podían adoptarse: examen de las decisiones tomadas para que el diálogo siguiera bien encaminado; elaboración de normas y control de normas mínimas; definición de indicadores de las decisiones adoptadas que englobaran todos los factores e intereses, incluida la situación macroeconómica, y mayor transparencia que despojara de su carácter secreto a las deliberaciones en la etapa de planificación.
- 37.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores comentó las conclusiones de la Reunión de 1998 sobre los servicios de salud, concretamente, el tercer párrafo en el que se exhortaba a que no se impusieran reformas ni desde arriba ni del exterior, y se preconizaba una concertación eficaz y efectiva de las mismas, con los representantes de los trabajadores. Para que un sistema de alerta temprana diera resultado era preciso que los trabajadores participaran desde un principio y no al final, como había ocurrido tantas veces en el pasado. De esta manera, los trabajadores, que conocían el sistema y sus flaquezas, podrían participar plenamente en la búsqueda de soluciones oportunas a los problemas. Por ejemplo, el hecho de que el representante del Gobierno de la República Arabe Siria no hiciera referencia a los sindicatos, ¿implicaba acaso que esas organizaciones no existían en su país?, ¿se había entablado el diálogo social en su país?
- 38.** Un miembro trabajador comentó que en Alemania el diálogo social se había establecido hacía muchos años y citó ejemplos recientes sobre el uso de sistemas de alerta temprana, entre ellos: la reglamentación de la formación a nivel federal y los debates sobre la reforma de la legislación en los que participaban representantes del Ministerio de Salud, asociaciones profesionales y su sindicato; la creación de grupos integrados por representantes gubernamentales y sindicales a nivel de Länder (Estado federado), encargados de establecer y examinar estrategias destinadas a paliar la escasez de personal de enfermería, basándose en indicadores y mesas redondas, que habían comenzado el año anterior y en las que participaban representantes del Gobierno, empleadores y sindicatos, donde se analizaban las reformas de los servicios de salud y se estudiaba la conveniencia de presentar un proyecto de ley en la materia. Su sindicato, VER. DI, también había emprendido una campaña nacional y examinado los programas de atención de salud de los

partidos políticos antes de proseguir las discusiones con el Gobierno, aunque ésta no fuera la forma más impactante de diálogo social. Esa forma era la negociación colectiva que, en efecto, también podía ser un sistema de alerta temprana. Los empleadores con gran acierto insistían en que la comunicación temprana era la base del diálogo social.

- 39.** Otros miembros trabajadores (España, Estados Unidos y Barbados) expresaron sus opiniones sobre el punto 5. Un miembro trabajador, representante del personal de enfermería, abrió el debate señalando la dificultad que entrañaba medir la calidad de los servicios. En Europa, las negociaciones se centran en aspectos relacionados con la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, pero esa era una evaluación bastante relativa que a veces estaba sujeta a la insatisfacción del usuario con determinados proveedores de servicios pero que no permitía hacerse una idea global del sistema de salud. La medición de la calidad de servicio debía ser objetiva y estar sujeta a negociaciones que permitieran adaptarse al cambio. Otro miembro trabajador opinó que en este debate también había que considerar la dignidad de los trabajadores. La calidad se podía medir, incluso por la satisfacción del usuario, pero el *quid* de la cuestión era establecer, mediante el diálogo social, condiciones adecuadas para los trabajadores como actores principales del sistema, para que comprendieran la importancia de su papel en la prestación de servicios. Un tercer miembro trabajador insistió en las normas de calidad porque empleo y servicio iban a la par. La OIT debía ayudar a los gobiernos a entender la relación que existía entre diálogo social, trabajo decente y calidad de los servicios. Los sindicatos de Barbados llevaban diez años participando en el diálogo social y reconocían la importancia de que todos los interlocutores sociales participaran en las reformas de la administración pública y del sector de salud que estaban en curso. Todos los interlocutores tenían que participar en el diálogo sobre normas de calidad, entre otros aspectos, en materia de seguridad, liderazgo, recursos humanos, gestión de la información, preservación del medio ambiente, educación y formación. Los gobiernos deberían establecer institutos normativos en el plano nacional así como consejos de productividad que dieran seguimiento a estas cuestiones y en los que participaran plenamente los trabajadores.
- 40.** Otros dos miembros trabajadores (Federación de Rusia y la República Unida de Tanzania) convinieron en la dificultad que suponía establecer parámetros de calidad. En definitiva, la calidad dependía de la evaluación de los usuarios, la sociedad civil y los trabajadores de la salud y, por ende, de la calidad de los recursos humanos que prestaban los servicios. Además de una financiación, salarios, condiciones de trabajo y formación adecuadas, el diálogo social no sólo permitía retener al personal en servicio sino que también les motivaba lo que, por lo tanto, incidía en la calidad de los servicios prestados. Los acuerdos entre los interlocutores sociales condicionaban las normas de calidad que también debían cumplirse. Se habían citado ejemplos de la participación de sindicatos de la Federación de Rusia en la planificación del presupuesto de salud, administración de fondos de seguro médico, consejos nacionales de formación — incluyendo la presentación de nuevas normas de formación obligatoria para los trabajadores de la salud costeadas por los empleadores — y participación en comisiones de certificación de las instituciones de salud.
- 41.** La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador vinculó las normas de calidad a la ética médica. Al respecto, otro miembro empleador reconoció que era difícil establecer normas de calidad en los servicios, porque la calidad era un proceso en desarrollo que cambiaba con el transcurso del tiempo. Era posible determinar la mala calidad identificando, por ejemplo, los tratamientos que daban resultado o que empeoraban una enfermedad. Ahora bien, en definitiva, los gobiernos deberían establecer normas de calidad obligatorias, sobre la base de orientaciones elaboradas en consejos de representantes de trabajadores y empleadores. También debían considerarse los costos en función de la calidad y las normas. ¿Eran eficaces los nuevos procedimientos en función de los costos? La calidad también guardaba relación con la competencia entre sistemas de salud que podría impulsar la obtención de una mejor atención de salud. Por último, debería expulsarse del mercado a los proveedores de servicios de salud que no cumplieran con determinadas normas.

-
42. La representante del Gobierno de Suiza apoyó los argumentos de que la decisión final en materia de normas era de incumbencia del Gobierno, previa consulta con las asociaciones profesionales y otros proveedores de servicios de salud. La aplicación de las normas podría delegarse a la administración local sobre la base de un diálogo social. Al controlar su aplicación, el Gobierno debía poner gran cuidado en examinar atentamente en qué casos convenía recurrir al diálogo social y en qué casos el gobierno debía decidir por sí solo.
 43. El representante del Gobierno de la República Árabe Siria informó al Grupo de los Trabajadores que en su país la federación de trabajadores, que representaba a diversos sectores de actividad y ministerios, entre otras cosas, se esforzaba por mejorar las condiciones de trabajo, proporcionar incentivos y elevar los criterios de calidad en las normas.
 44. Un miembro empleador de Malasia convino en que la calidad era una cuestión subjetiva, pero que existían criterios objetivos para evaluar la atención clínica, la práctica profesional. En relación con esto último, en su país eran importantes la certificación y la verificación de los certificados, los programas de estudio y las normas de formación. Respecto de la práctica clínica, la calidad se aseguraba mediante un proceso de adopción, aplicación, seguimiento y formulación oficial de normas clínicas (que orientaban la práctica clínica), memorandos de entendimiento y practicando una medicina con asiento en la prueba en función del resultado. Los indicadores para controlar la aplicación de normas clínicas incluían, entre otros, la tasa de infección, los diagnósticos equivocados (falsas apendicitis), retorno no previsto al pabellón operatorio y transfusiones equivocadas. En lo concerniente a la dimensión no clínica de la calidad, se utilizaban indicadores relativos a la satisfacción del paciente respecto del tiempo de espera para ser atendido por el médico, tiempo de espera para una intervención quirúrgica (sustitución de la cadera, por ejemplo), entre otros.
 45. Un miembro trabajador apoyó la opinión expresada por los empleadores, sobre todo en lo concerniente a la responsabilidad del Estado en el establecimiento de normas y el control de su aplicación, y a la participación del mayor número posible de partes cuando se definieran la calidad y el control de su cumplimiento, incluido el establecimiento de sanciones cuando procediera. Tales eran los criterios que regían la acción del Instituto Nacional de Garantía de Calidad de los Países Bajos, organismo independiente que realizaba sus actividades de manera satisfactoria, y la de un sistema similar establecido en Alemania, donde asociaciones de hospitales, los colegios médicos y los seguros habían llegado a un entendimiento en materia de una gestión de calidad basada en la transparencia. La calidad también debía medirse de acuerdo con criterios económicos, pero éstos no deberían ser determinantes, en particular, en defecto de unas condiciones que aseguraran una competitividad efectiva entre servicios de salud. Su sindicato, VER. DI, estimaba que la salud era un derecho y no una mercancía por lo que se oponía a los servicios de salud que perseguían fines de lucro.
 46. Una observadora de la OMS indicó que al tomar decisiones relativas a cambios estructurales, su Organización preconizaba la participación de los profesionales y trabajadores de la salud en el diálogo sobre política de salud. Con frecuencia las enfermeras y comadronas, que constituían hasta el 80 por ciento de los trabajadores de la salud, no estaban incluidas en los procesos decisorios, y, tal como se demostraba en estudios realizados en América Latina, la calidad de la atención de salud se había resentido en tales casos. La OMS y la OIT deberían incorporar aspectos de perfeccionamiento de las competencias en sus programas, para asegurar que en las instancias decisorias estuvieran representadas todas las profesiones de la salud.

Servicios de salud y participación en el diálogo social

47. La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador inició el debate sobre los programas de formación con miras a desarrollar el diálogo social en el sector salud. A juicio de un miembro empleador, éste debería concebirse para conseguir metas concretas como la resolución de conflictos. Era evidente la importancia primordial que revestían la habilidad para comunicar y celebrar consultas, el conocimiento de idiomas, los conocimientos teóricos y prácticos, y la formación para utilizar las tecnologías de la información y la comunicación. De los resultados del examen del punto 6 dependería el resultado de las discusiones posteriores. Era importante establecer algunos criterios que facilitarían la consecución de acuerdos respecto del material de formación necesario.
48. En representación de su Grupo, una trabajadora destacó la importancia del papel que desempeñaba la OIT en el establecimiento de normas y la difusión de prácticas idóneas. También era importante crear capacidad en el seno de los sindicatos. En Sudáfrica, por ejemplo, Gobierno y sindicatos participaron en la concepción de los programas de formación destinados a los trabajadores de la salud. Todos los niveles de formación eran igualmente importantes y tanto como la flexibilidad. El Congreso de Sindicatos de Sudáfrica (COSATU), por ejemplo, debatía cuestiones políticas, económicas y sociales con el Gobierno, y cada parte desempeñaba el papel que le correspondía. Gracias a una política laboral adecuada, el número de huelgas había disminuido drásticamente. Cuando los sindicatos financiaban la formación recibían compensación por parte del Gobierno, lo que por otra parte evitaba la duplicación de la formación. Incumbía al Gobierno invitar a todas las partes a participar en la concepción de los programas de formación para asegurarse de que su gestión fuera apropiada. En el fondo era una cuestión de confianza generada tras años de labor conjunta que, a su vez, fecundaba el futuro diálogo social.
49. Otra representante de los trabajadores señaló lo peligroso que era argumentar que las fuerzas económicas podían prescindir del Estado y los sindicatos. En Yugoslavia aún no se disponía de experiencia suficiente sobre instituciones democráticas. Para promover el diálogo social en su país, en Serbia y en Montenegro, era indispensable contar con el asesoramiento técnico de la OIT y con sus normas en la materia. Los sindicatos distaban mucho de estar satisfechos con la situación imperante. El papel que la OIT podía desempeñar en la promoción del diálogo social era vital para cuantos confiaban en que éste permitiría alcanzar los nobles objetivos que Yugoslavia, Serbia y Montenegro se habían propuesto.
50. Un miembro trabajador indicó que el diálogo social en Venezuela había ocupado un lugar prominente años atrás pero que en la actualidad lo había roto el sector público. En América Latina y el Caribe, los trabajadores recibían formación e información suficiente en la Universidad de los Trabajadores de América Latina (UTAL) en todo lo relacionado con el diálogo social y la defensa de los intereses de los trabajadores. Pero, recientemente el Gobierno había impulsado cambios en el marco jurídico laboral que lejos de favorecer a los trabajadores lesionaban sus intereses colectivos. Por ello, habían denunciado al Gobierno del Sr. Chávez centrales sindicales como la Confederación Mundial del Trabajo y otras organizaciones internacionales. En la Conferencia Internacional del Trabajo de 2002 se pidió sanciones en contra de Venezuela por vulneración de los derechos sindicales, ocasión en que se recibió apoyo solidario de los trabajadores de la salud de otros países. Los salarios mensuales actuales eran inferiores a los 130 dólares mensuales, situación que tenía a los trabajadores sumidos en la pobreza. Estos últimos estaban dialogando con los empleadores a fin de mejorar sus condiciones de trabajo.
51. Otro miembro trabajador consideró importante que se fortalecieran las instituciones de diálogo social. En Filipinas a la gran mayoría de los trabajadores de la salud se les impedía sindicarse o incorporarse a las asociaciones profesionales, aunque se sabía que cada interlocutor debía hacer oír una sola voz para que el diálogo social fuera efectivo. Era

preciso que cada parte invirtiera en una formación adecuada, de manera que el diálogo social llegara a formar parte de la actividad diaria. Por consiguiente, era importante que la OIT prestara asesoramiento a los sindicatos para que pudieran calificarse y para que los trabajadores de la salud estuvieran mejor representados. En los países asiáticos, donde el diálogo social había tenido cierto éxito, había que incluir en el proceso a los proveedores auxiliares de servicios de salud. En Filipinas, el Gobierno no había consultado de manera apropiada a los trabajadores de la salud antes de tomar una decisión relativa a su redistribución geográfica lo que había provocado tal reacción de protesta que terminó por anularla y toda esta situación se saldó por una pérdida de recursos. En consecuencia, deberían adoptarse medidas para evitar experiencias similares en otras reformas sectoriales.

- 52.** La representante del Gobierno de Sudáfrica dijo que el Gobierno podría apoyar la formación, adoptando modalidades como la licencia de formación o la formación en el puesto de trabajo. Un trabajo de calidad implicaba una formación de calidad. También era importante establecer un entorno habilitador donde el diálogo social pudiera prosperar e impulsar el desarrollo de los recursos humanos. Las autoridades encargadas de la educación y la formación podrían prestar apoyo colmando las lagunas que se detectaran en cada sector.
- 53.** El representante del Gobierno de Kenya consideraba que el desarrollo de los recursos humanos era crucial para fortalecer las instituciones de diálogo social al objeto de alcanzar los objetivos establecidos. Era preciso formar, remunerar y equipar a los trabajadores con las herramientas y el material necesarios para desempeñar debidamente sus funciones. Todo programa de formación efectivo debería propender a esclarecer funciones y responsabilidades, examinar los recursos humanos en los planos del distrito y la provincia, elaborar directrices para evaluar los resultados de la gestión y la supervisión, e idear programas de formación del personal de la salud en el plano del distrito.
- 54.** Un miembro empleador señaló que era imposible formar a todos los trabajadores y empleadores para que participaran en el diálogo social, por lo que debía seleccionarse a los que recibirían dicha formación. No deberían plantearse obstáculos a ese respecto y cada parte debería asumir la responsabilidad de formar a sus representantes y conseguir recursos y tiempo para la formación. Otro empleador opinó que además de los interlocutores sociales, todos los demás usuarios de los servicios de salud, tales como las ONG y representantes del personal universitario deberían hacer su aporte a los programas de formación para el diálogo social lo cual era necesario para asegurar el profesionalismo en cada nivel del sistema de atención de la salud.
- 55.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores agradeció la propuesta presentada por el miembro empleador relativa a la necesidad de asegurar el tiempo para la formación. Un miembro trabajador añadió que incumbía a todas las partes ocuparse de la financiación, del tiempo que ello requería, de las instalaciones necesarias y de otros gastos conexos, pero que concernía a los empleadores y al gobierno, sobre todo, apoyar a los interlocutores sociales para que consolidaran sus posturas respectivas y actuaran con independencia. En algunos casos, podrían hacer falta personas con capacidad oratoria; en otros casos, personas que representaran legítimamente a sus bases. Así, la legitimidad de la representación y el nivel de la misma era asuntos importantes. El orador citó el ejemplo de República Unida de Tanzania donde un consejero técnico de DANIDA se encargaba de impartir formación a los trabajadores y a los dirigentes sindicales en materia de negociación colectiva. Las agencias que financiaban la formación para el diálogo social tendrían que ser eficaces; ofrecían además la ventaja de que ninguna de las partes dependía exclusivamente de los recursos que otra ofrecía. Los responsables de la formulación de políticas, junto con otros organismos como la OIT, deberían considerar la posibilidad de incorporar un módulo relativo a los derechos laborales en los programas de formación para los trabajadores del sector salud, sensibilizándolos para que pudieran apreciar mejor sus

derechos. Los sindicatos con afiliados calificados en estas materias desempeñarían mejor aún su papel.

- 56.** Un observador de la INFEDOP señaló que en los servicios de salud europeos la calidad de la formación se valoraba mucho y que su importancia aumentaba incluso con el transcurso del tiempo. Cada vez era más frecuente que los trabajadores se formaran a sus expensas y durante su tiempo libre. Se debía tener en cuenta sin embargo que era importante contar con trabajadores calificados y que al menos parte del costo de la formación debería cubrirse en las horas de trabajo. Medidas de ese tipo tendrían efectos positivos en el sector de los servicios de salud.
- 57.** La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador dijo que le parecía percibir un acuerdo, en el sentido de que los tres interlocutores sociales deberían participar en el proceso de planificación. Ahora bien, otros oradores desearon que se incluyeran otras partes, tales como los usuarios, las ONG y el personal universitario. Un miembro empleador insistió en que había que disipar un malentendido importante, a saber, que estaba debatiéndose el asunto de la formación en materia de diálogo social y que a cada parte le incumbía asegurar la formación correspondiente de sus representantes, de manera que no tenía objeto apoyar o rechazar propuestas relativas a dicha formación.
- 58.** El representante del Gobierno de Panamá reconocía que no sólo era importante acceder a la formación profesional, sino también a la formación en las habilidades exigidas en el diálogo social. Esto último era posible si existía una voluntad política al respecto, pero también debía tenerse presente que era igualmente necesario formar a los funcionarios públicos al respecto.
- 59.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores resumió la postura del Grupo diciendo que el diálogo social suponía la colaboración de varias personas. En vista de ello, la concepción y el suministro de formación para el diálogo debía llevarse a cabo conjuntamente. Si la formación se tradujera en un enfrentamiento con los empleadores, probablemente perdería significado. El citado diálogo debía permitir a los interlocutores sociales encontrar soluciones de común acuerdo, incluso respecto de la formación para el diálogo.
- 60.** Con respecto al punto de debate 7, la portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador afirmó que los tres interlocutores deberían participar en el proceso de planificación y en la fijación de objetivos. Uno de los subgrupos establecidos por el Grupo Gubernamental/Empleador indicó que la asociación debería ampliarse a usuarios y partes interesadas, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas. El tipo de diálogo social seleccionado dependía de las cuestiones, el marco temporal y el proceso utilizados. Todos los interlocutores deberían llegar a un acuerdo basado en la legislación nacional y relacionado con los costos.
- 61.** En representación del grupo de gobiernos de lengua francesa, el representante del Gobierno de Túnez insistió en que un entorno predefinido determinaba naturalmente las reglas del juego. Podrían elaborarse programas sobre la base de prioridades definidas en los que participaran todos los interlocutores sociales.
- 62.** El representante del Gobierno de Kenya reiteró que la planificación y el establecimiento de objetivos deberían tener lugar a nivel nacional, regional y local. El Ministerio de Sanidad tenía un papel que desempeñar en la elaboración de planes en cada uno de los tres niveles, con objetivos formulados y procesos identificados. Los interlocutores sociales deberían participar en todos los planos y llegar a un acuerdo sobre el marco temporal para la consecución de los objetivos establecidos.
- 63.** Un miembro trabajador, al referirse a la experiencia de la Federación de Enfermeras en Ecuador, señaló la importancia de estar debidamente preparado para el diálogo social, por

lo que era fundamental recibir una formación. Tanto los gobiernos como los empleadores necesitaban invertir en impartir formación a aquellos representantes que participarían en el diálogo social en representación suya, para que pudieran atender a las demandas sindicales y de las organizaciones profesionales. El proceso no debería ser excesivamente largo para evitar que se perdieran de vista los objetivos establecidos, y los interlocutores deberían ser claros sobre el proceso de planificación, aplicación y seguimiento, y sobre el papel que desempeñarían en el mismo. Era esencial que todas las partes tuvieran el mismo objetivo, incluidas las asociaciones profesionales que participaban en el proceso, pero esto había sido difícil de lograr debido al cambio constante del Gobierno en Ecuador. Los sindicatos habían desplegado esfuerzos para unificar los diferentes elementos del sector de la salud, pero el 60 por ciento de la población estaba viviendo por debajo del umbral de pobreza y era difícil esperar que los pobres asumieran una carga mayor aún por la reforma del sector de la salud. Este era el problema al que se enfrentaban muchos países americanos.

- 64.** El miembro trabajador de Barbados observó que los gobiernos habían comprendido la importancia de que participaran todos los interlocutores sociales, por lo que las respuestas de todas las partes estaban al mismo nivel. La naturaleza y urgencia de la cuestión, así como el costo que suponía, determinaría el modo en que se había planificado el proceso de diálogo social. Algunos miembros trabajadores insistieron en la importancia de la formación y de que los interlocutores sociales llegaran a un mutuo entendimiento. Era necesaria una planificación diaria, ya que el diálogo social en el sector de la salud debía considerarse un proceso continuo que tenía lugar en un entorno de cambio constante. Era preciso recabar y difundir buenas prácticas, y los interlocutores, especialmente el gobierno, debía participar en el diálogo sin ninguna condición previa. En Francia, por ejemplo, se habían negociado sin problemas la cuestión de la semana de 35 horas laborales, pero se habían observado fallos en el proceso de seguimiento debido a las exigencias planteadas.
- 65.** Un miembro trabajador citó el ejemplo de un proyecto de diálogo social en Dinamarca que estudiaba otras formas de organizar el trabajo en hospitales públicos que, en su mayoría, estaban gestionados por los consejos municipales. El proyecto se basó con éxito en decisiones conjuntas y acuerdos vinculantes alcanzados por ambas partes, y se decidió aplicar nuevamente, esta vez en el plano europeo. Hasta entonces se habían celebrado dos conferencias y estaba organizándose una tercera en la que se podrían discutir cuestiones específicas como la contratación y la conservación del personal, el reconocimiento de las calificaciones, la migración y el servicio general.
- 66.** La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador comenzó la discusión sobre el punto 8 reiterando que, dependiendo de la cuestión, cualquiera de los interlocutores sociales podría tomar la iniciativa. Por ejemplo, el Gobierno podría iniciar una cuestión de importancia nacional, pero esto dependía de las circunstancias. Un subgrupo del Grupo Gubernamental/Empleador consideró importante establecer un mandato que especificara claramente por qué se celebraba una reunión y qué se discutiría en la misma. Este Grupo también estimaba necesario promover un diálogo abierto en el que participaran otros interlocutores sociales.
- 67.** El representante del Gobierno de Kenya insistió en que el diálogo social era beneficioso para todos los interlocutores sociales y cualquiera de ellos podría tomar la iniciativa. El proceso era fundamental para lograr los objetivos de la organización y podría empezar a actuarse en el plano donde la acción fuera más necesaria. Podría consultarse a terceras partes en cualquier conflicto y, para las iniciativas emprendidas en el plano informal, podría solicitarse la asistencia de medios formales, de conformidad con la legislación nacional del trabajo.
- 68.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores insistió en que, para muchos trabajadores del mundo, lo más importante era poder participar en el diálogo, en primer lugar. La libertad sindical y los esfuerzos desplegados para participar en la negociación colectiva a veces

daban lugar al hostigamiento e incluso a un posible arresto. Se citó como ejemplo la República de Corea, donde se había arrestado a los dirigentes sindicales y negado sus derechos fundamentales a los mismos como personas y como trabajadores. El Grupo de los Trabajadores se lamentaba por estas acciones en un país Miembro de la OIT.

- 69.** En lo que respecta a la cuestión relativa al Gobierno, planteada en el punto 9, a saber, cómo llevar a cabo el diálogo, la portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador indicó que el Gobierno debería facilitar y promover el proceso a través de reuniones regulares de comités, subcomités y grupos de trabajo. También podrían protegerse las instituciones establecidas. Un miembro empleador señaló que todos los interlocutores sociales deberían participar para que el proceso fuera continuo y compartido.
- 70.** La representante del Gobierno de Sudáfrica insistió en que el diálogo social debía llevarse a cabo de buena fe para asegurar que dicho diálogo fuera productivo y se evitaran consecuencias imprevistas. Al citar el ejemplo de un empleador que vulneró la legislación nacional del trabajo que estipulaba que la consulta debería tener lugar antes de la supresión de los puestos de trabajo, el orador señaló que la imposición de las decisiones no debía hacerse pasar por consulta. El representante del Gobierno de Kenya reiteró su opinión al afirmar que el diálogo social era un proceso continuo que debería mantenerse en todos los planos. Como instrumento para la resolución de conflictos, debería adoptarse una política de puertas abiertas y promoverse la consulta mutua.
- 71.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores felicitó a los miembros del Grupo Gubernamental/Empleador y a organizaciones internacionales como la OMS por expresar su voluntad de trabajar con las organizaciones de los trabajadores, y reiteró la importancia de contar con interlocutores sociales fuertes e independientes que reconocieran el papel de los otros interlocutores como prerrequisito de un diálogo significativo. Debería respetarse el derecho de sindicación y de negociación colectiva de los trabajadores del sector de la salud, e, idealmente, los gobiernos deberían proporcionar recursos — en términos de fondos, tiempo, formación e instalaciones — para que todos los interlocutores pudieran actuar desde una posición de fuerza e independencia. Si bien advirtió que las experiencias europeas no debían aplicarse necesariamente en otras partes del mundo, el orador citó un ejemplo del Reino Unido, cuyo Gobierno subvencionaba las iniciativas de interlocutores locales que fortalecían la capacidad de los representantes a través de la formación.
- 72.** Un miembro trabajador de Estonia ofreció una visión general de la situación en su país y puso énfasis en la existencia de buenas leyes y de sindicatos solidamente establecidos que representaban a médicos, enfermeras y otros trabajadores en el sector de la salud. Los convenios de la OIT habían sido particularmente útiles para concienciar a los gobiernos/empleadores sobre los derechos de todos los trabajadores en el sector. Por consiguiente, tras un diálogo entre los sindicatos y las organizaciones de empleadores, se había llegado a un acuerdo sobre el salario mínimo en el sector de la salud.
- 73.** Un miembro empleador apoyó las propuestas presentadas por el Grupo de los Trabajadores, pero señaló que no deberían establecerse nuevos organismos de financiación o instituciones burocráticas. Debería permitirse que siguiera existiendo el diálogo social, sin que se viera atado o sujeto a nuevos marcos institucionales.
- 74.** Un observador de la OMS, con base en Latinoamérica, convino en que el diálogo social era una estrategia importante para el progreso del sector de la salud. En la región, la continuidad de los gobiernos constituía un problema grave, pero en general otras entidades como las instituciones de formación y federaciones profesionales también habían participado en el examen de las calificaciones, la formación y certificación, y la migración legal. Estaban desplegándose esfuerzos en 17 países de la región para establecer un diálogo social sobre cuestiones relativas a los recursos humanos. En el contexto de Latinoamérica, era importante definir claramente las cuestiones que era preciso solucionar; el Estado

también debía invertir en el desarrollo de los conocimientos, para que las discusiones y el análisis de las cuestiones se basaran en información y estadísticas fiables.

75. En la quinta sesión plenaria, el Presidente de la Reunión informó que el Grupo de Trabajo sobre las resoluciones se había reunido para considerar la admisibilidad de dos proyectos de resolución presentados por el Grupo de los Trabajadores. El proyecto sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano (WPR/D.2) se consideró admisible; en cambio, el Grupo de Trabajo decidió que el otro proyecto, a saber, el relativo a la migración del personal de los servicios de salud (WPR/D.1), por estar relacionado con uno de los puntos inscritos en el orden del día de la Reunión, debía considerarse cuando correspondiera.

76. El texto de la parte dispositiva del proyecto de resolución aludido decía así:

... pide al Consejo de Administración y al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que:

- 1) promuevan los principios y la plena aplicación de las normas del trabajo pertinentes de la OIT como parte del proceso de reforma del sector de la atención de la salud;
- 2) colaboren estrechamente con la OMS alentándola a promover el respeto de los derechos de los trabajadores migrantes y, en especial, los que trabajan en los servicios de salud;
- 3) cooperen con la Organización Mundial del Comercio y los gobiernos pertinentes para promover y garantizar el respeto de los derechos de los trabajadores de la salud migrantes, mediante enfoques positivos del modo 4 en las negociaciones del AGCS;
- 4) emprendan y promuevan un estudio de las actividades relacionadas con la migración de los trabajadores de la salud, desde la perspectiva de la OIT;
- 5) promuevan la cobertura universal de la atención de la salud para sectores vulnerables de la población, tales como los trabajadores migrantes, las mujeres y los niños;
- 6) insten a los gobiernos y a todos los empleadores de los países en desarrollo, en particular, a que paguen salarios decorosos y ofrezcan buenas condiciones para que los trabajadores de la salud no se vean obligados a dejar el país por la precariedad de salarios y condiciones, creando el vacío que deja el personal calificado (médicos y enfermeras) que emigra;
- 7) exhorten a los gobiernos de los países en desarrollo y de las economías en transición a que paguen salarios suficientes a los trabajadores de la salud para disuadirlos de emigrar por motivos económicos;
- 8) insten a todos los gobiernos a que formulen políticas nacionales de empleo y desarrollo del sector de la salud que prevean la formación profesional del personal de la salud y permitan controlar la inmigración que compensa la escasez de mano de obra en el sector, recurriendo al asesoramiento de la OIT si es necesario;
- 9) exhorten a los gobiernos de todos los países que acogen inmigrantes, especialmente en el caso de los trabajadores de la salud, a garantizarles el ejercicio de todos los derechos humanos, incluidos los derechos sindicales y laborales, así como el acceso a la educación y a la atención de la salud que les confieren los tratados y convenios internacionales de la ONU, la OIT y otras instituciones, y de los cuales gozan sus ciudadanos;
- 10) insten a todos los gobiernos y las agencias de empleo que contratan personal de otros países — en particular profesionales tan necesarios como las enfermeras, los médicos y otros trabajadores de la salud — a que se comprometan a observar los códigos y principios éticos de contratación contemplados en las leyes y los reglamentos, a fin de que no exploten a los países en desarrollo ni a sus trabajadores. Tales instrumentos deberían negociarse con los sindicatos representativos de los trabajadores de la salud.
- 11) exhorten a los gobiernos a que elaboren planes de formación e información para los trabajadores de la salud que tengan la intención de emigrar, contando para ello con el aporte de los sindicatos, y

-
- 12) señalen a la atención de los gobiernos que los trabajadores de la salud que quieran emigrar, temporal o definitivamente, al igual que otros trabajadores, son libres de hacerlo y de volver luego a su país natal.
- 77.** El representante del Gobierno de los Estados Unidos, que intervino en nombre del Grupo Gubernamental/Empleador, dijo que el informe del Presidente del Grupo de Trabajo sobre las resoluciones reflejaba fielmente la situación, tal como la había entendido su Grupo.
- 78.** El representante del Gobierno de la República de Corea, respondiendo a las observaciones del portavoz del Grupo de los Trabajadores sobre la huelga de los trabajadores de hospital en su país, dijo que en éste los hospitales se consideraban como servicios públicos básicos, en el sentido estricto del término, como figuraba en la norma de la OIT respecto de tales servicios. La huelga se había iniciado el 23 de mayo de 2002 y aún no había terminado. El Gobierno había desplegado cuanto esfuerzo estaba a su alcance para resolver el conflicto recurriendo al diálogo, pero sin éxito. En esas circunstancias, la Comisión coreana de Relaciones Laborales, que era un órgano arbitral independiente, realizaba en esos momentos el arbitraje estipulado en la ley. No obstante, los trabajadores de hospital habían rechazado dicho arbitraje y seguían en huelga ilegal pidiendo además que se retirara la decisión arbitral. Como el Gobierno tenía el deber de proteger los derechos de los otros trabajadores y no solamente los de los trabajadores de hospital, seguía decidido a aplicar la ley para resolver el conflicto.
- 79.** La portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador inició el debate del punto 10 presentando diversas opiniones de su Grupo. Se había sugerido que las diferencias entre el plan del proceso de diálogo social y la realidad podían ser examinadas por un comité creado a tales efectos, integrado por representantes de los tres interlocutores sociales, o bien por terceros designados por dichos interlocutores. La evaluación de la repercusión del diálogo social en los servicios de salud también podía estar a cargo de las tres partes, que, llegado el caso, podrían solicitar asesoramiento, pudiendo contemplarse la participación de organismos internacionales especializados y de la sociedad civil, según procediera. También se pensaba que esa evaluación podía realizarla el Ministerio de Salud, con la contribución de expertos independientes. Los interlocutores sociales deberían establecer los indicadores para evaluar esta repercusión. Cualquiera de las partes puede proponer las medidas que hagan falta según el caso. La iniciativa la puede tomar el Ministerio de Salud contando con la asistencia de los otros dos interlocutores sociales, según proceda.
- 80.** Un miembro empleador subrayó que aun cuando los comentarios previos del Grupo de los Trabajadores aludían a la posibilidad de compartir la labor con organizaciones como el Banco Mundial o la Organización Mundial de la Salud, ello no debería considerarse un llamamiento general a que se incluyera a dichas organizaciones, ya que éstas aplicaban sus propias políticas y no era oportuno que esas políticas estuvieran en contradicción con las políticas de los países.
- 81.** Un miembro trabajador dijo que la evaluación era un proceso permanente y debería iniciarse desde la etapa de la planificación. Era importante garantizar la representación tripartita en todo órgano de evaluación e impartir formación a todos sus integrantes sobre los métodos que se aplican. De esta manera, cada actividad no sería evaluada únicamente por quienes la realizan. Una evaluación permanente permitirá mejorar los métodos lo que a su vez redundará en medidas más eficaces. Otro miembro trabajador apoyó estos puntos señalando, además, que todos los interlocutores sociales tenían el deber de supervisar el diálogo social.
- 82.** Otro miembro trabajador recalcó la importancia de invertir en los servicios de salud y mantuvo que la inversión pública era un prerequisite de la prestación de los mismos. El diálogo social podría servir de herramienta para garantizar el apoyo público sobre la manera en que esas inversiones deberían hacerse, asignarse y administrarse. También era

necesario verificar el rendimiento de cada inversión para lo cual el diálogo social podía resultar muy útil. Si los interlocutores sociales aportaban a la planificación y a la administración, los gobiernos y los empleadores se podrían beneficiar de dicha participación que contribuiría a elevar el nivel y la calidad de todo el servicio.

- 83.** Una representante de los trabajadores dijo que una vez identificadas las necesidades el diálogo social podía desempeñar un papel importante para abordar las cuestiones de la escasez del personal y de la formación. No obstante advirtió que el diálogo social por sí solo no podía resolver todos los problemas. Los gobiernos tenían la responsabilidad primordial de organizar los recursos financieros de manera que las decisiones tomadas en el ámbito del diálogo social pudieran concretarse. Para garantizar que los trabajadores se beneficiaran plenamente del diálogo social era preciso contar con un sistema de reglamentación que permitiera supervisar la contratación transfronteriza. El derecho a esa contratación tenía que ser equivalente al derecho de los trabajadores a emigrar. Era fundamental proteger los derechos y los intereses de los trabajadores migrantes, y prevenir el dumping social.
- 84.** Refiriéndose al punto 11 la portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador dijo que su Grupo opinaba que la primera pregunta hubiera debido ser: ¿qué recursos son necesarios para el diálogo social? a la que se respondería «recursos financieros y recursos humanos». De todos modos, para responder a la pregunta tal como se había redactado, dijo que los recursos necesarios abarcaban expertos, infraestructura, tecnología de la información, fortalecimiento de la capacidad y fondos. Las tres partes deberían contribuir, en mayor o menor medida, a la movilización de esos recursos ya fuera mediante acuerdos, legislación o participación comunitaria, pero la movilización de recursos era principalmente responsabilidad de los gobiernos.
- 85.** Un miembro empleador dijo que el punto 11 no implicaba una solicitud general de recursos financieros adicionales ni una propuesta para crear nuevas instituciones burocráticas. El hecho de que se tomaran o no esas medidas dependería de la situación de cada país. Estaba de acuerdo en que los participantes en el diálogo social también debían participar en su financiación, pero añadió que también debía contemplarse la participación de otros grupos como las ONG.
- 86.** El portavoz del Grupo de los Trabajadores indicó que, en grandes líneas estaba de acuerdo con lo expresado por el portavoz del Grupo Gubernamental/Empleador. No obstante, señaló que aunque en el marco del diálogo social los trabajadores no deberían incluirse en la categoría de los consumidores, pensaba que esos grupos no debían participar en la negociación colectiva que era primordialmente una cuestión de empleadores y trabajadores.
- 87.** Un miembro trabajador, en nombre de su Grupo señaló a la atención de la Reunión que aunque las mujeres constituían la gran mayoría de la fuerza de trabajo del sector, en la mayor parte de los países se las seguía discriminando como lo demostraba, entre otros, la desigualdad de salarios. Mediante el compromiso de los interlocutores sociales, el diálogo social podía contribuir a acabar con ese problema.
- 88.** Otro miembro trabajador volvió a abordar el asunto de la financiación planteada el día anterior y propuso una alternativa a la opinión del miembro empleador de Alemania. Citó el ejemplo de la legislación alemana que estipulaba que toda formación que necesiten los trabajadores debía financiarla el empleador. Por lo tanto, si el diálogo social se entablaba a nivel local, los trabajadores necesitarían herramientas para organizarlo y esas herramientas debían ser costeadas por los empleadores.
- 89.** Un miembro empleador reconoció que en Alemania los interlocutores sociales se habían beneficiado durante muchos años de un diálogo social fructífero.

-
90. El portavoz del Grupo de los Trabajadores instó a que se eligieran con cuidado los términos, ya que los conceptos eran diferentes en todo el mundo y debía tenerse presente el asunto de la traducción.
91. Un miembro trabajador instó a la OIT a proseguir la labor ya iniciada, centrándose por un lado en la formulación de políticas y contando para ello con servicios de consultoría y asesoramiento y, por el otro, elaborando un programa de trabajo para articular los nexos con otras instituciones internacionales y gobiernos, a los fines de incorporar el diálogo social a los principios de trabajo decente y calidad de los servicios. La OIT debería considerar igualmente prestar apoyo técnico para crear organismos centrales de financiación para impartir formación en materia de principios y métodos. Debería prestarse atención al establecimiento de un repertorio de recomendaciones prácticas relativo a la contratación transfronteriza de profesionales de la salud.
92. Otro miembro trabajador consideró que cada interlocutor social tenía que movilizar sus recursos, pero que si los sindicatos obtenían fondos de donantes dichos fondos se añadirían a la compensación financiera asignada a los sindicatos para costear la formación de los trabajadores, como sucedía en Sudáfrica. Era preciso invertir recursos de conformidad con la capacidad de cada interlocutor social, en un espíritu de compromiso equilibrado lo que a su vez permitiría obtener mejores resultados.
93. Un miembro trabajador citó un ejemplo en los Estados Unidos, donde mediante un proceso de negociación colectiva, la dirección y los trabajadores acordaron destinar un 1,5 por ciento del crecimiento de la plantilla a un fondo de formación, y posteriormente elaboraron programas y políticas en función de las necesidades y déficit previstos, a saber, qué trabajadores necesitan recibir formación y de qué tipo. Seguidamente, se negociaron los fondos y se impartió la formación. Dichos fondos también sirvieron para que las diferentes fundaciones compartieran la obligación. El diálogo social facilitaba un enfoque cooperativo y constructivo tanto en el sector público como en el privado.
94. El representante del Gobierno de los Estados Unidos se mostró sorprendido por la diversidad de intereses y necesidades expresados por los tres interlocutores sociales, pero al mismo tiempo consideró alentador que entre los pequeños grupos de trabajo en que se había dividido el Grupo Gubernamental/Empleador hubiera más puntos de acuerdo que de discrepancia.
95. El portavoz del Grupo de los Trabajadores reconoció la gran variedad de enfoques y experiencias presentadas a la Reunión por el Grupo Gubernamental/Empleador que había desplegado esfuerzos muy positivos y útiles. Por su parte, los trabajadores habían adoptado una posición común y un enfoque homogéneo. Su Grupo aguardaba con interés las conclusiones redactadas por la Secretaría.

Examen y adopción por la Reunión del proyecto de informe y del proyecto de conclusiones

96. El Grupo de Trabajo sobre las conclusiones presentó el proyecto de conclusiones para su consideración por la Reunión en su sexta sesión.
97. En esa misma sesión, la Reunión adoptó el presente informe y el proyecto de conclusiones.

Ginebra, 25 de octubre de 2002.

(Firmado) Sr. V. Klotz,
Presidente.

Conclusiones sobre la consolidación del diálogo social en los servicios de salud: marco de orientación práctica ¹

La Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia,

Congregada en Ginebra del 21 al 25 de octubre de 2002,

Adopta, el veinticinco de octubre de 2002, las siguientes conclusiones:

Consideraciones generales

1. Se reconoce ampliamente que el diálogo social tiene un gran potencial de contribuir positivamente al desarrollo y las reformas de los servicios de salud, aun cuando no sea una panacea para todos los problemas. Pero, a este respecto también hace falta que los gobiernos y las instituciones internacionales adopten políticas apropiadas. Dichos servicios deben tener un costo razonable y contar con una financiación sostenible que prevea el crecimiento y las necesidades diversas y cambiantes de toda la población. El diálogo social puede contribuir positivamente a la reforma de los servicios de salud permitiendo que gobiernos, empleadores, organizaciones de trabajadores y otros dirigentes políticos aprovechen sus conocimientos y experiencias. El diálogo con las organizaciones de usuarios y otras partes interesadas también debería propiciarse, según corresponda.
2. Cada interlocutor social aporta al diálogo sus propios intereses y preocupaciones. Si bien muchos de estos intereses y preocupaciones son comunes, otros rivalizan entre sí. El diálogo social puede mejorar la capacidad de avanzar juntos respecto a los intereses comunes y también puede contribuir positivamente a llegar a compromisos que concilien opiniones. No obstante, el diálogo social en los servicios de salud se basa en determinados valores y principios a los que todos los interlocutores sociales adhieren. Las necesidades de los pacientes, la ética profesional y un acceso razonable y universal a los servicios de salud también son elementos fundamentales.

Los servicios de salud y el concepto de diálogo social

3. El diálogo social en los servicios de salud puede abarcar todo tipo de negociación y consulta, comenzando por el intercambio de información entre representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores sobre cuestiones de interés común relacionadas con las políticas social y económica. Estos elementos de diálogo social son cruciales para el resultado que se proponen obtener los interlocutores sociales y su decisión dependerá precisamente del resultado que se busca. De ahí que haya que ponerse de acuerdo sobre qué se entiende por diálogo social, pues cuando se inicie el proceso, los interlocutores sociales deberán tener las ideas claras en cuanto a los elementos de diálogo social que se incluirán y quién decidirá al respecto.

Programa de diálogo social en los servicios de salud

4. El diálogo social en los servicios de salud no tiene lugar en el vacío, por lo que es preciso que el programa de trabajo comprenda cuestiones concretas de carácter económico, social

¹ Adoptadas por unanimidad.

y laboral. En principio todo aquello que atañe al sector salud debería incluirse en el diálogo social. Todas las cuestiones deben identificarse y cada interlocutor social debería tener derecho a examinarlas. En el sector salud, suele tratarse de cuestiones relacionadas con: las reformas institucionales; la financiación de esos servicios; la calidad de los servicios de salud; las condiciones de trabajo; la formación para la adquisición de competencias laborales y la formación permanente; la contratación y la retención del personal; los planes de carrera; los regímenes de remuneración, e igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres. Los interlocutores sociales deberían preparar juntos el programa de trabajo y, por lo tanto, ponerse de acuerdo sobre una serie de puntos al respecto; por ejemplo, las cuestiones que abarcará y cómo se establecerá dicho programa. Aun cuando las mujeres son mayoría en la fuerza de trabajo de los servicios de salud, en muchos países siguen siendo objeto de discriminación, incluida la desigualdad de remuneración. El diálogo social puede contribuir positivamente a abordar esta cuestión a fin de que las mujeres estén proporcionalmente representadas en las instituciones del diálogo social.

Representación de los interlocutores sociales

5. Un requisito previo para que el diálogo social sea efectivo es contar con interlocutores sociales de peso, independientes y responsables que sepan reconocer las funciones e intereses legítimos de los demás, se comprometan a participar en forma constructiva en los procesos convenidos de diálogo y a comunicar el resultado de sus propias negociaciones. A tales efectos, es indispensable que en cada país haya libertad sindical y reglas claras, transparentes y acordes con los Convenios núms. 87, 98, 135 y 151 de la OIT.
6. En principio, los interlocutores sociales en los servicios de salud son las autoridades públicas en su calidad de órganos legisladores o de empleadores, los empleadores privados y las organizaciones de trabajadores² del sector. Ahora bien, habida cuenta de las repercusiones financieras del sector salud en otras estructuras gubernamentales, también podrían participar en la formulación de políticas empleadores, trabajadores y otras partes interesadas ajenas a dicho sector, salvo cuando se trate de cuestiones que incumben exclusivamente a las partes que intervienen en la negociación colectiva. En los dos últimos decenios, las organizaciones o instituciones que representan a grupos del sector salud han ido cambiando. También incumbe a un mayor número de niveles de gobierno. Nuevos empleadores privados han ingresado al sector de la salud y servicios afines.
7. Existen muchas modalidades y varios niveles de diálogo social que van de instituciones nacionales sumamente estructuradas a relaciones en el lugar de trabajo. La legitimidad y el nivel de representación deben corresponder al contexto y a los asuntos planteados, teniendo en cuenta a las partes interesadas que participan. Los representantes de cada interlocutor social deberían reconocerse unos a otros en pie de igualdad.

El diálogo social en situaciones de cambio estructural

8. El diálogo social ha sido singularmente importante en situaciones de cambio estructural y reforma del sector de la salud. Ello no quita que dichas situaciones sean particularmente complejas y tarden en evolucionar. Abarcan una amplia gama de interlocutores sociales que tienen que sacar adelante un largo programa de trabajo. En muchos casos, la tarea resulta titánica y algunos interlocutores sociales tal vez no tengan la capacidad o la posibilidad de participar plenamente. Por lo tanto, habrá que promover el fortalecimiento de la capacidad equipando a los interlocutores sociales con los medios que les permitan

² La expresión «organizaciones de trabajadores» se refiere principalmente a los sindicatos.

participar en el diálogo social. Situaciones tan difíciles son más llevaderas si existe un proceso permanente de diálogo social en el que los interlocutores pueden tratar las cuestiones mucho antes de que se vuelvan urgentes y, por lo tanto, participar en todas las instancias decisorias. Debates periódicos, medios de comunicación efectivos, sensibilización de los medios de comunicación y un análisis permanente de los problemas imperantes facilitarán el cambio necesario. Por lo tanto, en cada caso, los interlocutores sociales deberán decidir acerca de mecanismos que prevean *sistemas de alerta temprana* cuando hagan falta reformas de los servicios de salud; quiénes participarán en las consultas permanentes sobre los procesos de reforma, y quién se encargará del análisis profesional de los problemas.

Estipulación y aplicación de normas de calidad

9. Todos los cambios estructurales y las reformas del sector salud giran en torno a la meta global de elevar el nivel de calidad de los servicios de salud y, a tales efectos, mejorar la calidad de dichos servicios y el acceso a los mismos. Ahora bien, en el caso de los servicios de salud, definir normas de calidad es tarea difícil que debe llevarse a cabo con minucia y ajustándose a la realidad, y cuyos resultados variarán de un país a otro. Dado que los servicios de salud tienen un alto coeficiente de mano de obra, las normas tienen que incluir en forma realista la calidad y la capacidad de los trabajadores de cada país, lo que está estrechamente relacionado con el trabajo decente y el propio diálogo social.
10. A través del diálogo social habrá que definir normas de calidad que sean aceptables para todos los interlocutores sociales. Esta clase de enfoque participativo de la gestión del rendimiento permitirá que las normas de calidad y los indicadores de resultados se beneficien de los conocimientos y experiencias de cada parte interesada. De ahí que haya que ponerse de acuerdo sobre la definición de norma de calidad, definición que también deben compartir grupos ajenos a los interlocutores sociales como, por ejemplo, los usuarios de los servicios de salud. El gobierno debería establecer el marco para la elaboración y la aplicación de normas de calidad para los servicios de salud. Estas normas deberían elaborarse en consulta con los interlocutores sociales y entidades científicas u otros expertos en la materia. Todas las partes deberían observar y cumplir estas normas. A fin de evaluar la realidad en una situación determinada, los interlocutores sociales deberán considerar, entre otros: qué tipo de normas de calidad se estipularán; quiénes decidirán qué normas de calidad se estipularán y aplicarán, y qué mecanismos se utilizarán para supervisar su cumplimiento.

Creación y consolidación de instituciones de diálogo social en los servicios de salud

11. Los gobiernos pueden facilitar y promover el proceso de diálogo social estableciendo el marco relativo a la creación y consolidación de las instituciones de diálogo social. El diálogo social se ve condicionado no sólo por disposiciones jurídicas e institucionales sino también por la capacidad humana de entablarlo y proseguirlo. El diálogo social puede promoverse mediante la educación y el desarrollo de los recursos humanos, lo que a su vez, consolidará las instituciones de diálogo social. Los programas de formación permitirán que los interlocutores sociales conozcan los valores de los sistemas de diálogo social, se instruyan sobre procedimientos y negociación, y adquieran calificaciones de comunicación. Estos programas tendrían que ser elaborados por todos los interlocutores sociales que, en cada caso, deberán tomar decisiones respecto a una serie de elementos, a saber: quién participará en esa formación; cómo impartir nociones de diálogo social a quienes participen y cómo podrán recibir esa formación al tiempo que siguen realizando sus actividades profesionales.

Planificación del diálogo social

12. En un proceso de diálogo social todas las etapas están interrelacionadas y son interdependientes. La etapa de planificación reviste sin embargo especial importancia y debería realizarse con recurso al propio diálogo social. La planificación del diálogo social en los servicios de salud debe asentarse en un análisis permanente de la situación imperante en el sector y vincularse estrechamente con los procesos generales de reforma del mismo. La planificación debe anticipar el proceso por el que se llega a un entendimiento, reconocer a los interlocutores sociales y establecer indicadores de la eficacia del diálogo. Dicho proceso de planificación debe concebirse anticipadamente, en función de los temas y elementos de diálogo que se hayan elegido en cada caso. En consecuencia, los interlocutores sociales deben considerar, entre otros: qué actores participan en el proceso de planificación; quién establecerá las metas que deban alcanzarse mediante el diálogo social; cómo habrá de elaborarse el programa de trabajo sobre diálogo social; qué modalidad de diálogo social se ha de elegir, y de qué manera se determinará el calendario para las diferentes fases de todo el proceso.

Iniciación del diálogo social en los servicios de salud

13. El diálogo social no tiene plazo; es un proceso permanente de consulta, negociación e intercambio de información para lograr las mejoras de los servicios de salud y de la salud pública, definidas de común acuerdo, en función de la accesibilidad y las posibilidades financieras. No obstante, un proceso de reforma obedece a iniciativas que toman personas, organizaciones e instituciones, o bien se desencadena a raíz de algún acontecimiento. Por lo general, en los servicios de salud, el ajuste estructural, la reforma del sector público o las crisis han impulsado el proceso de diálogo social. La existencia de casos de diálogo social fructífero en ámbitos específicos de los servicios de salud hace pensar que no es imposible extenderlo a otros ámbitos y planos. El proceso puede comenzar de manera oficiosa, limitada y con un objetivo muy concreto, y seguir avanzando en pos de la meta de establecer relaciones duraderas cimentadas en una confianza cada vez mayor. De donde parta la iniciativa depende de los asuntos que se consideren y exige abordar asuntos como: de quién ha sido la iniciativa; si se trata de un proceso oficioso o de un proceso oficial, y cuál será el programa de trabajo en la etapa inicial.

El proceso de diálogo social

14. El proceso de diálogo social debe llevarse a cabo con buen fe. Si se ha preparado y planificado bien y por adelantado, cabría pensar que para iniciarlo basta actuar con determinación y conocimiento de causa. No obstante, en los servicios de salud suele ser difícil aplicar un plan y ello depende de factores que escapan por completo al control de los interlocutores sociales. Por lo tanto, para apoyar estos esfuerzos, no hay que cejar en el intento de ajustar o reiniciar el diálogo social. A tales fines, los interlocutores sociales deberían ponerse de acuerdo sobre la manera de llevarlo adelante. Ante una situación determinada se deberían considerar, entre otras, las siguientes cuestiones: quién gestionará y facilitará el proceso, y qué mecanismos permitirían confrontar el plan con la realidad.

Seguimiento y evaluación del proceso de diálogo social en los servicios de salud

15. La planificación y la puesta en práctica se vinculan estrechamente con los mecanismos de seguimiento y evaluación del proceso de diálogo social en relación con las metas planteadas. Ya en la etapa de su establecimiento se deben tomar medidas para controlar la puesta en práctica, a la luz del plan inicial convenido entre los interlocutores sociales. A

estos efectos deberán establecerse indicadores. Cuando existan diferencias sustanciales entre lo previsto en el plan y la realidad, éstas deberán examinarse y evaluarse a la luz de las metas planteadas. Si los resultados no son satisfactorios, los interlocutores deben tomar las medidas correctoras apropiadas.

16. Los interlocutores sociales necesitan recibir formación en materia de métodos de seguimiento y evaluación del proceso de diálogo social. Todos los interlocutores sociales deberían participar en dicho proceso y también habría que prever la adopción de disposiciones institucionales apropiadas a esos efectos. La iniciativa puede tomarla el Ministerio de Salud, o cualquier otra autoridad competente. Además, usuarios, expertos y organismos internacionales pueden participar en el proceso si así lo solicitan los interlocutores sociales. Al respecto, habrá que considerar los siguientes elementos: quién estará habilitado para determinar las diferencias con respecto al plan inicial, las cuestiones de fondo, el calendario previsto, los métodos utilizados u otros aspectos convenidos; quién estará encargado de evaluar sus efectos en los servicios de salud; quién elaborará los indicadores que medirán dichos efectos, y quién adoptará las medidas que se impongan.

Mobilización de los recursos necesarios al diálogo social en los servicios de salud

17. Con frecuencia se considera que el diálogo social es un instrumento positivo y útil para propiciar un entendimiento y facilitar la aplicación de enfoques nuevos o mejores en los servicios de salud. El proceso de diálogo social es complejo y lento y requiere recursos financieros y humanos. Para que dichas instituciones funcionen correctamente, los interlocutores deben disponer de los recursos necesarios en términos de presupuesto, tiempo, instalaciones y formación de los participantes. Todos los interlocutores tienen el deber de invertir proporcionalmente en esos recursos en función de cada situación. La inversión necesaria para hacer frente a esas exigencias puede sobrepasar la capacidad de cada interlocutor social y deberá crearse un fondo centralizado para repartir las cargas de modo que participen todos los interlocutores sociales. En cada caso, habrá que analizar cuestiones como las siguientes: qué recursos financieros y humanos hacen falta para el proceso de diálogo social; quiénes movilizarán dichos recursos, y cómo se canalizarán durante todo el proceso de diálogo en los servicios de salud.

Acción futura de la OIT

Orientación práctica para consolidar el diálogo social en los servicios de salud

18. A este respecto la OIT debería tomar medidas para:
 - a) crear conciencia entre otros organismos internacionales acerca del estrecho vínculo que existe entre diálogo social, trabajo decente y de calidad de los servicios de salud;
 - b) hacer estudios para concienciar e instruir acerca del diálogo social en los servicios de salud;
 - c) elaborar programas de formación en materia de diálogo social para los interlocutores sociales, incluidos los representantes gubernamentales, y un módulo relativo a los derechos de los trabajadores de la salud que pueda utilizarse en los planes de estudios de los programas de enseñanza y de formación destinados a estos trabajadores;

-
- d) recabar datos y realizar estudios sobre la igualdad de remuneración y la brecha que existe en los servicios de salud respecto a la igualdad de oportunidades y de trato entre hombres y mujeres, y
 - e) considerar la posibilidad de crear una base de datos que recoja información pertinente sobre diálogo social en los servicios de salud para facilitar el proceso de diálogo social a escala nacional.

Migración de los trabajadores de la salud

19. A este respecto la OIT debería tomar medidas para:

- a) promover que los trabajadores de la salud se beneficien de los principios y derechos plasmados en la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo;
- b) iniciar un estudio sobre cuestiones sociales y laborales relacionadas con la migración de trabajadores de la salud, contando para ello con la participación de la OMS y con miras a su posible aporte al informe sobre los trabajadores migrantes que preparará la Oficina para la 92.^a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (2004);
- c) exhortar a los gobiernos de todos los países que acogen a trabajadores de la salud migrantes a que les garanticen los principios y derechos plasmados en la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo, así como el acceso a la educación y la atención de salud;
- d) instar a todos los gobiernos y las agencias de empleo que contratan personal de otros países — en particular profesionales tan necesarios como las enfermeras, los médicos y otros trabajadores de la salud — a que se comprometan a observar los códigos y principios éticos de contratación contemplados en las leyes y los reglamentos;
- e) exhortar a los gobiernos y a los interlocutores sociales a que establezcan programas de información para los trabajadores de la salud que tengan la intención de emigrar, y
- f) señalar a la atención de los gobiernos que los trabajadores de la salud que quieran emigrar, temporal o definitivamente, al igual que otros trabajadores migrantes, son libres de hacerlo y de volver luego a su país natal.

Parte 2

Resoluciones

Examen y adopción de los proyectos de resolución por la Reunión

En su cuarta sesión plenaria, la Reunión constituyó un Grupo de Trabajo sobre las resoluciones, de conformidad con lo preceptuado en el párrafo 1 del artículo 13 del Reglamento.

El Grupo de Trabajo, presidido por el Presidente de la Reunión, estuvo integrado por la Mesa de esta última y tres representantes de cada Grupo. Su composición fue la siguiente:

Mesa de la Reunión

Sr. V. Klotz (Presidente)
Sr. R. Tremblay (Vicepresidente gubernamental/empleador)
Sra. D. Matebeni (Vicepresidenta trabajadora)

Miembros gubernamentales/empleadores

Dr. K. J. Lim (miembro empleador)
Sr. S. Mashkook (República Árabe Siria)
Sr. G. H. Moratorio (miembro empleador)

Miembros trabajadores

Sra. E. Ocampo
Sr. K. Øst-Jacobsen
Sra. R. Smith

El Grupo de Trabajo examinó dos proyectos de resolución presentados por el Grupo de los Trabajadores, a saber: el proyecto de Resolución sobre la migración del personal de los servicios de salud (WPR/D.1) y el proyecto de Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano (WPR/D.2).

Los textos de ambos proyectos se examinaron según procedía. En virtud de lo estipulado en el párrafo 2 del artículo 14 del Reglamento, el Grupo de Trabajo decidió que el proyecto de resolución sobre la migración del personal de los servicios de salud WPR/D.1 se relacionaba con uno de los puntos inscritos en el orden del día de la Reunión por lo que lo remitió a ésta para que lo considerara a su debido tiempo, con vistas a incorporar su contenido en las actas o en las conclusiones que se refirieran a ese tema.

El texto del proyecto de Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano (WPR/D.2) se declaró admisible.

En consecuencia, el Grupo de Trabajo se reunió nuevamente para examinar en detalle el texto del proyecto de Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano (WPR/D.2) y lo enmendó sobre la base de las propuestas de enmienda presentadas por los dos Grupos a fin de que obtuviera aceptación general.

En la sexta sesión plenaria, el Presidente, en su calidad de Presidente del Grupo de Trabajo sobre las Resoluciones, y en virtud de lo estipulado en el párrafo 8 del artículo 4 del Reglamento, presentó un informe sobre las deliberaciones del Grupo de Trabajo sobre

las Resoluciones y recomendó a la Reunión que adoptara el citado proyecto de resolución en su forma enmendada.

Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano fundamental

La Reunión adoptó la resolución mencionada.

Texto de la resolución adoptado por la Reunión

Resolución sobre el acceso a los servicios de salud como derecho humano fundamental¹

La Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia,

Congregada en Ginebra del 21 al 25 de octubre de 2002,

Recordando que los gobiernos presentes en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de la ONU, en adelante la Cumbre Social, celebrada en Copenhague, se comprometieron a privilegiar la salud, especialmente, la de mujeres y niños en las zonas rurales;

Recordando por otra parte que dicha Cumbre recomendó fortalecer la cooperación entre todas las instituciones internacionales competentes, entre ellas, la ONU y sus organismos especializados, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional;

Recordando que en la Declaración de Alma-Ata, adoptada en la primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en 1978, se reafirma que la salud es un derecho humano fundamental;

Recordando, igualmente, las conclusiones de la Reunión paritaria sobre la salud y las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud, de 1998;

Reconociendo que en algunos países la crisis de los sistemas de salud persiste y que su situación, ya precaria, continúa agravándose;

Recordando además que es necesario hacer un esfuerzo para mejorar la formación, las condiciones de acceso a la profesión y las condiciones de trabajo en el sector de la salud, a fin de garantizar una asistencia de calidad;

Adopta, el veinticinco de octubre de 2002, la siguiente resolución:

La Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia, pide al Consejo de Administración y al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que:

- 1) promuevan ante los gobiernos, los otros dos interlocutores sociales y otras entidades claves encargadas de formular políticas, la visión de la OIT expresada en la Reunión paritaria de 1998 en estos términos: la OIT considera que la atención de la salud es un derecho humano fundamental y un requisito esencial para mejorar las condiciones de vida y de trabajo;
- 2) encuentren de qué manera un diálogo social activo puede contribuir a que: a) los servicios de salud sean más accesibles a todos los sectores de la sociedad, a fin de que

¹ Adoptada por unanimidad.

a nadie se le niegue el acceso a los servicios de salud esenciales², y b) mejore la calidad de dichos servicios;

- 3) ayuden a los gobiernos y a los otros interlocutores sociales a cerciorarse de que en el marco del diálogo social en el sector salud se tengan en cuenta las opiniones, preocupaciones y necesidades de las trabajadoras de la salud;
- 4) cooperen con otras organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para que cuando en los países en desarrollo y en las economías en transición se considere la creación de servicios de salud accesibles y de prestación universal, participen en los debates todas las partes interesadas, incluidos los empleadores, las organizaciones de trabajadores³ y representantes de usuarios importantes como las mujeres y la población rural;
- 5) informen a los gobiernos y a los otros dos interlocutores sociales que una formación profesional idónea y permanente, establecida de común acuerdo en el sector salud, puede mejorar la calidad de los servicios;
- 6) ayuden a los gobiernos y a los otros interlocutores sociales a que, de conformidad con lo establecido en las conclusiones de la Reunión paritaria de 1998, establezcan cartas de derechos del paciente y cláusulas que protejan la libertad de conciencia de los trabajadores de la salud, y
- 7) tengan en cuenta las cuestiones planteadas en esta resolución en el futuro programa de trabajo del Sector de Diálogo Social de la OIT.

² Traducción oficiosa. Se puede definir los «servicios de salud esenciales» como aquellas intervenciones de los servicios de salud que se consideran importantes y que la sociedad ha decidido que deben proporcionarse a todas las personas. Los valores de equidad, eficacia en función del costo, transparencia y solidaridad están explícita o implícitamente incorporados en este concepto. Véase «Essential Health Service Packages: Uses, abuse and future directions, Current Concerns», *ARA Paper No. 15*, WHO/ARA/CC/97.7.

³ La expresión «organizaciones de trabajadores» se refiere principalmente a los sindicatos, pero también a otras organizaciones de trabajadores.

Parte 3

Otros asuntos

Presentación del portal de acceso centralizado al sitio Web del Departamento de Actividades Sectoriales

Moderador: Sr. Dirk Belau, Experto, Departamento de Actividades Sectoriales, OIT, Ginebra

Ponentes: Sra. Anamaria Vere, Especialista en diseño de sitios Web, Departamento de Actividades Sectoriales de la OIT, Ginebra

La Sra. Vere ofreció una perspectiva general de la nueva concepción del portal de acceso centralizado del sitio Web del Departamento de Actividades Sectoriales, presentado oficialmente al Consejo de Administración de la OIT en su reunión de junio de 2002. A diferencia del sitio Web anterior, este portal de acceso centralizado facilitaba la navegación ofreciendo mejores posibilidades de enlaces con otras fuentes de información de la OIT y externas de carácter sectorial, al igual que un diseño más orientado al usuario. La oradora hizo una demostración del modo en que las mejoras facilitaban una mejor perspectiva general de las actividades sectoriales de la OIT en cada uno de los 22 sectores, donde se accedía a gran parte de la información y de los datos con gran facilidad. Mostró los enlaces con material de salud y seguridad, las principales bases de datos de la OIT, y con los sitios Web externos pertinentes. Invitó a los participantes a formular observaciones y presentar propuestas como usuarios ulteriores del sitio.

Mesa redonda sobre la violencia en el lugar de trabajo: Una amenaza para la calidad de los servicios de salud

Parte I: ¿En qué consiste el problema?

Moderador: Dr. Alexander Butchart, Departamento de Prevención de Violencia y Lesiones, OMS, Ginebra

Participantes: Dra. Naeema Al-Gasseer, Organización Mundial de la Salud, Ginebra

Dr. Mireille Kingma, Consejo Internacional de Enfermeras, Ginebra

Sr. Alan Leather, Internacional de Servicios Públicos, Ferney Voltaire

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Internacional de Servicios Públicos (ISP) lanzaron en 2000 un «Programa Mixto sobre la violencia en el sector de salud», con objeto de elaborar políticas acertadas y enfoques prácticos para la prevención y erradicación de la violencia en el lugar de trabajo en dicho sector. Se identificaron lagunas informativas y temas interrelacionados, se realizaron estudios por países, y se elaboraron directrices para hacer frente a la violencia en el sector de salud y crear conciencia sobre la magnitud e importancia del problema.

En su presentación sobre la «Asociación internacional para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud», la Dra. Al-Gasseer puso de relieve la cooperación entre las cuatro organizaciones. En el estudio se mostraba que, en el sector de salud, el personal estaba más expuesto a la violencia que en otros sectores, debido a una serie de factores: el trabajo por turnos; los desplazamientos por la noche entre el lugar de residencia y el de trabajo; asumir solos la responsabilidad al tratar con los pacientes; lugares de trabajo fácilmente accesibles con medidas de seguridad insuficientes; trabajar con personas angustiadas; hacer visitas a los hogares; y varios efectos de la reforma del sector de salud.

Existían pruebas claras de que la violencia era frecuente: por ejemplo, el 40 por ciento del personal de National Health Services Trust (Reino Unido) notificó casos de intimidación. Un estudio realizado en Estados Unidos señalaba que, en el sector de salud, el personal se exponía a un riesgo de violencia por parte de sus pacientes o clientes diez veces superior que en otros sectores.

El origen de la violencia era polifacético. Entre los diversos factores, la igualdad de trato entre hombres y mujeres era el más importante. Otros podrían dividirse en factores ambientales o circunstanciales, y factores relacionados con las condiciones sociales, económicas y políticas que influían en el trabajo en los servicios de salud. No obstante, las definiciones eran inconsistentes, y tampoco bastaban los datos recabados y analizados. Las informaciones habían sido facilitadas fundamentalmente por los países industrializados, pero se limitaban a determinadas zonas urbanas y a hospitales. No se disponía de estudios sobre los países en desarrollo, los países de Europa Meridional, los servicios de salud en las zonas rurales y las comunidades, y los servicios de mayor extensión.

Con referencia a estas lagunas informativas, se realizaron estudios de casos por países para el Programa Mixto, en Brasil, Líbano, Portugal, Sudáfrica y Tailandia. La labor de investigación se basó en un muestreo detallado para garantizar la comparación entre los resultados de los estudios nacionales.

A los fines de los estudios realizados para el Programa Mixto, la violencia en el lugar de trabajo se definió como «incidentes en que se abusa, amenaza o agrede al personal en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los desplazamientos entre el lugar de residencia y el trabajo, que amenazan explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o estado de salud»¹. Se incluía la violencia física y psicológica, como el abuso verbal, el acoso (sexual, racial o de otro tipo), la intimidación o «mobbing» y las amenazas. En los informes por países se señaló un entendimiento común general del concepto de violencia en el lugar de trabajo, si bien era preciso tratar las diferencias culturales y lingüísticas.

La Dra. Al- Gasseer informó que se había discutido el proyecto de directrices en una consulta técnica internacional, y que el documento revisado se había publicado como *Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Las cuatro organizaciones debían difundir las directrices y apoyar su utilización en los países e instituciones, y organizar consultas para elaborar un plan de acción con miras a combatir la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud. Se convino en la necesidad de estudiar más detenidamente una serie de cuestiones.

El Dr. Mireille Kingma, resumió los resultados de los estudios de caso por países realizados para el Programa Mixto, basados en un informe resumido que incluía resultados adicionales de un estudio independiente realizado en Australia.

La mayoría de estos estudios demostraron que más de la mitad del personal del sector de salud examinado había sido víctima al menos de un incidente de violencia en los últimos doce meses: el 75,8 por ciento en Bulgaria; el 67,2 por ciento en Australia; el 61 por ciento en Sudáfrica; en Portugal, el 60 por ciento en centros de salud y el 37 por ciento en hospitales; el 54 por ciento en Tailandia; y el 46,7 por ciento en Brasil. Los resultados demostraron que la violencia afectaba considerablemente a todos los grupos profesionales, hombres y mujeres, y a todos los entornos laborales en el sector de salud, pero en particular al personal de ambulancia, enfermeras y médicos. Todas las instalaciones de salud estaban expuestas al riesgo, especialmente los grandes hospitales en las zonas

¹ Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T., Griffiths, A. (1997). *Guidance on the prevention of violence at work*. Luxemburgo: Comisión Europea, DG-V.

suburbanas con una gran densidad de población o una alta tasa de criminalidad, al igual que los establecidos en zonas aisladas.

La violencia psicológica era más frecuente que la física, en particular entre el personal, mientras que la violencia física era más habitual en el caso de los clientes. Los estudios confirmaron la dificultad que suponía establecer perfiles de infractores y pusieron de relieve los riesgos que conllevaban las generalizaciones y los estereotipos.

Entre las complejas causas de la violencia, el Dr. Kngma insistió en la importancia de la organización del trabajo, como la dotación de personal necesaria, la carga de trabajo y los efectos de las reformas imprevistas. La distribución del lugar de trabajo, como el acceso a los aseos, los alimentos y los teléfonos también desempeñaban un papel importante. La violencia y el estrés estaban estrecha y recíprocamente relacionados.

Las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud eran devastadoras y variaban desde el deterioro de los cuidados de salud prestados hasta el abandono de la profesión por gran parte del personal de cuidado. A menudo existían políticas o procedimientos de notificación no establecidos, por lo que la tasa de notificación era muy baja. A menudo no se acusaba a los infractores ni se prestaba apoyo a las víctimas. Las medidas adoptadas se orientaban más bien a facilitar soluciones inmediatas, como el cumplimiento de las normas de seguridad y la mejora del entorno físico, que a introducir mejoras de estratégicas y administrativas.

Las recomendaciones contenidas en los informes de los países incluían las siguientes: un mejor entendimiento del fenómeno y una mayor sensibilización; la elaboración de políticas, una legislación y planes de acción a nivel local, nacional e internacional; un enfoque participativo; la planificación en el lugar de trabajo basada en la evaluación del mismo; la reinserción y reintegración de las víctimas en el lugar del trabajo; y una vigilancia y evaluación regulares.

El Sr. Alan hizo referencia a dos estudios realizados para el Programa Mixto. En el estudio del Sr. Vittorio Di Martino se analizaba la relación entre el estrés y la violencia: esta última generaba estrés, y el estrés negativo era una causa de la violencia. El estrés positivo alentaba a los trabajadores a adaptarse a la situación, mientras que el estrés negativo se identificaba como respuesta física y emocional a situaciones en que las exigencias del trabajo no estaban armonizadas con las calificaciones disponibles, en particular cuando el estrés era intenso y continuo, o cuando no se obtenía el apoyo necesario.

La amplia reestructuración a través de la privatización, la descentralización y la racionalización, agravaba la situación, ya que a menudo iban acompañadas de la reducción de personal, despidos, congelación o recorte de salarios, mayores cargas de trabajo, turnos menos agradables, y más trabajo temporal y ocasional. La incertidumbre podía crear un clima de violencia, y fomentar la exasperación y la vulnerabilidad.

Con respecto a determinados tipos de violencia, como el acoso sexual, las víctimas eran fundamentalmente mujeres vulnerables debido a su precaria situación laboral o sus trabajos de bajo nivel.

Se estimó que el estrés y la violencia causaban el 30 por ciento de las enfermedades y accidentes. El coste aproximado del PIB mencionado anteriormente, entre el 0,5 y el 3,5 por ciento, se basó en cifras proporcionadas por la Unión Europea, donde el coste del estrés ascendía a unos 20 mil millones de euros. En los Estados Unidos, este coste se estimó en 350 mil millones de dólares. El 10 por ciento del coste se atribuyó exclusivamente a la violencia. Según el estudio, en vista del incremento de las situaciones informales, precarias y marginales en el lugar de trabajo, urgía adoptar medidas rentables y

eficaces, y acordes con el desarrollo socioeconómico de los lugares de trabajo para fomentar otras iniciativas. El nuevo enfoque se centraba más bien en la erradicación de las causas del estrés y la violencia que en el tratamiento de sus efectos.

En el estudio también se insistía en la importancia del diálogo social y de la participación activa de todos los grupos de interés en la elaboración y aplicación de iniciativas encaminadas a combatir el estrés y la violencia.

En el segundo estudio, realizado por Jon Richards, se abordó la «Gestión con respecto a las víctimas de la violencia en el lugar de trabajo (Management of the Workplace Violence Victims)». Los gobiernos recomendaban que todos los empleadores dispusieran de recursos para poder intervenir. Los gobiernos también tenían iniciativas para establecer la notificación de forma estatutaria u obligatoria. Los trabajadores seguían sin presentar informes, ya que estaban convencidos de que la violencia simplemente formaba parte de su trabajo y no disponían de tiempo para ello. La notificación necesitaba simplificarse a través de formas normativas. Era preciso prestar apoyo físico y mental a las víctimas, y concederles tiempo para recuperarse, así como adoptar medidas para su reintegración en el lugar de trabajo.

Discusión

Tuvo lugar un debate general que puso de relieve las diferencias lingüísticas y culturales; no obstante, la definición facilitada había sido generalmente aceptada en los países, donde se había probado y discutido. La violencia psicológica, como el abuso verbal, era manifiesta cuando afectaba a la dignidad de una persona y cuando se repetía constantemente durante un cierto período de tiempo. Según algunos estudios, el abuso verbal provocaba un alto índice de absentismo laboral. El trabajo por turnos, en particular por la noche, aumentaba el riesgo de violencia para los trabajadores del sector de salud que se desplazaban del lugar de residencia al de trabajo.

Un representante de los empleadores expresó su sorpresa ante el alto coste (0,5-3,5 por ciento del PIB) que suponía el estrés, como se había indicado en un estudio de Europa (Hoel, Sparks y Cooper). Las empresas comprendían que la adopción de medidas y programas preventivos podría ser una solución rentable y eficaz. El representante de los trabajadores de Sudáfrica respaldó esta opinión, al dar un ejemplo de un hospital donde se atendía a prisioneros con trastornos sicóticos, y donde el coste a corto plazo aumentaba debido a las medidas preventivas adoptadas, pero se reducía a largo plazo. La Dra. Al-Gasseer puso de relieve los beneficios que aportaba la adopción de medidas preventivas de bajo coste para mantener al personal. En algunos estudios realizados sobre los llamados «hospitales magnéticos» se mostraba que la mejora de la comunicación y las relaciones con el personal también había tenido efectos positivos en la prestación de cuidados a los pacientes.

Un representante de los trabajadores de Estonia preguntó por el modo en que la violencia en el lugar de trabajo afectaba a miembros del personal distintos del personal de ambulancia, enfermeras y médicos. En su país, el personal no médico a menudo se consideraba inferior y muchos se enfrentaban al estrés y la violencia. Un representante de los trabajadores de Alemania señaló que, en los hospitales alemanes, el personal menos calificado generalmente estaba más expuesto a la violencia física. Con respecto a la jerarquía, en algunos casos los profesores utilizaban su poder para obstaculizar las carreras profesionales, destruyendo así los medios de vida de sus subordinados.

Una representante de los trabajadores de Ecuador señaló el problema que supone una legislación inadecuada. Se refirió a un incidente en que una enfermera que había sido maltratada por un médico, pero su caso sólo estaba contemplado por una ley relativa a la

protección de las mujeres. Fue enviada a otra sección y acabó por abandonar el país. El Sr. Leather confirmó que la jerarquía es un tema candente con respecto a la violencia en el lugar de trabajo, e insistió en que debería considerarse a todos los grupos profesionales al abordar el problema. En muchos países no existe una legislación adecuada en materia de estrés y violencia, y se esperaba que éstos casos estuvieran contemplados en la legislación general relativa a la seguridad y salud en el trabajo, como ha revelado un estudio de caso de Bulgaria.

Parte II: ¿Cómo abordar el problema?

Moderador: Profesor Cary Cooper, Instituto de Ciencias y Tecnología de la Universidad de Manchester (Reino Unido)

Participantes: Sra. Christiane Wiskow, Consultora internacional especializada en salud pública, OIT, Ginebra

Sr. Vittorio Di Martino, Consultor internacional especializado en salud y seguridad, Ferney Voltaire

Sr. Graham Hewitt, Director de Recursos Humanos de Wirral Hospital (NHS) Trust (Reino Unido).

Esta sesión tuvo por objeto proponer posibles formas de combatir el estrés y la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud. La Sra. Christiane Wiskow presentó su estudio sobre «Comparación de directrices sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud», donde se contemplaba asimismo la aplicación de directrices en algunos países. En nueve de las doce directrices regionales nacionales o subnacionales se examinaban los servicios sociales y de salud en países industrializados.

Las directrices tenían muchos puntos en común. Todas eran voluntarias y de carácter consultivo, y se centraban fundamentalmente en la responsabilidad del empleador. La mayoría contenía definiciones que contemplaban la violencia tanto física como psicológica. Se establecía una distinción entre los agresores ajenos al lugar de trabajo, como los clientes, y los agresores internos, como los colegas de trabajo, supervisores y subordinados. En las directrices específicas para el sector de salud se concedía una gran prioridad a la violencia iniciada por los clientes. La violencia interna se mencionó con menos frecuencia.

Las directrices recomendaban una estrategia de múltiples componentes y en toda la organización, basada en una gestión sistemática del riesgo que abordara diferentes fases, como la identificación del problema, la evaluación del riesgo, el control del riesgo y la valoración de la efectividad de las medidas adoptadas.

Las medidas se clasificaban en preventivas, de protección y posteriores al incidente. Las medidas de control de riesgo son de dos tipos, a saber, las centradas en el entorno físico, como la instalación de dispositivos de seguridad, y las prácticas de trabajo mejoradas, como la información sobre y para los pacientes, la formación y la dotación apropiada de personal. Se descuidó en cierto modo la descripción de las medidas de protección adoptadas en el momento exacto de los incidentes. Las medidas posteriores a los incidentes incluían el apoyo a la víctima, la notificación del incidente y la evaluación de las medidas adoptadas.

Eran fundamentales la formulación por escrito y la difusión de la política. Sin embargo, apenas se disponía de información sobre la evaluación de la aplicación de las directrices, salvo en el Reino Unido y Suecia, donde los empleadores habían emprendido numerosas iniciativas. No se conocía la reacción del personal. En futuras directrices, era

preciso incluir definiciones y glosarios, hacer referencia a la violencia interna en el lugar de trabajo, y evaluar el impacto de la aplicación de las directrices.

El Sr. Vittorio Di Martino, presentó las Directrices marco del Programa Mixto de la OIT/CIE/OMS/ISP. Estas Directrices, elaboradas como instrumento de referencia básico para la formulación de políticas sobre la violencia en el lugar de trabajo, tenían por objeto prestar apoyo a todas las partes responsables de la seguridad en el lugar de trabajo en el sector de salud. Las directrices debían ser flexibles, para poder atender las distintas situaciones y diferencias culturales, y adaptarse fácilmente. Era preciso que promovieran la integración de la prevención de la violencia en la cultura empresarial y que facilitaran orientación sobre cómo mitigar los efectos de la violencia en el lugar de trabajo, cómo atender a los trabajadores afectados por la misma, y cómo mantener las iniciativas emprendidas. Su aplicación debería concernir a empleadores como a trabajadores en todos los subsectores, y afectar a todos los tipos de relaciones de empleo, a saber, formal o informal, remunerado y voluntario.

En las Directrices marco se recomendaba que las políticas incluyeran una definición sobre la violencia en el lugar de trabajo, y especificaran formas y actos de violencia física o psicológica. La violencia física incluye, por ejemplo, golpes, patadas, bofetadas, puñaladas, empujones y mordiscos. La violencia psicológica incluye, por ejemplo, el acoso — particularmente sexual o racial —, la intimidación, el «mobbing», el abuso y las amenazas. Sin embargo, la utilización de la terminología dependía del contexto nacional. El término «mobbing», por ejemplo, se utilizaba para hacer referencia a la intimidación en algunos países donde el inglés no era la lengua oficial. En las Directrices marco se recomendaba hacer referencia a los derechos y responsabilidades de todos los diversos grupos de interés, como trabajadores y empleadores, gobiernos, organismos profesionales y la comunidad.

El método para luchar contra la violencia en el lugar de trabajo propuesto en las Directrices marco cumplía una serie de requisitos. Un enfoque participativo y no discriminatorio, que integrara todos los aspectos pertinentes del fenómeno y las medidas que debían adoptarse en consecuencia, y que tuviera en cuenta las cuestiones culturales y las relativas a las diferencias entre hombres y mujeres. El mejor modo de lograr un método sistemático era la adopción de medidas oficiales, incluido el reconocimiento de la posible violencia, la evaluación del riesgo y una intervención apropiada para impedir la violencia o mitigar sus efectos, y la vigilancia y evaluación de los efectos de las medidas adoptadas.

El reconocimiento de la posible violencia, en particular, exigía la identificación de organizaciones expuestas al riesgo, de infractores potenciales y de víctimas potenciales, pero sin estereotipar a un grupo de personas. Las intervenciones recomendadas se subdividían en tres ámbitos según el siguiente orden de prioridad: intervención a nivel de organización, como los efectos en la dotación de personal, la técnica de gestión, la información y comunicación, las prácticas laborales, la concepción del trabajo y la organización del tiempo de trabajo; intervenciones ambientales en lo concerniente al entorno físico y disposición del lugar de trabajo; e intervenciones centradas en las personas, como la formación, la asistencia y la orientación, y la promoción del bienestar.

Las intervenciones posteriores al accidente deberían incluirse en los planes elaborados para hacer frente a los problemas, notificarse e incluir el tratamiento médico, la elaboración de informes, el apoyo de gestión continuo, la representación y ayuda legal y, por último, medidas en materia de rehabilitación. Sin embargo, el Sr. Di Martino observó, que las intervenciones posteriores al accidente eran lentas, costosas y dolorosas, por lo que debería concederse prioridad a las políticas preventivas.

El Sr. Graham Hewitt habló sobre su experiencia práctica con respecto a las estrategias desplegadas por Wirral Hospital NHS Trust (Reino Unido) para combatir la violencia. Facilitó algunas cifras sobre el hospital, donde trabajaban más de 5.000 personas. Los casos de violencia estaban aumentando y, en 2001, se habían producido 271 incidentes, es decir, se habían quintuplicado en los últimos cinco años. Más del 85 por ciento de los incidentes habían afectado a las enfermeras. Su aumento obedecía en parte a la mejora de los procedimientos de notificación y a la mayor sensibilidad del personal acerca de este tema. Las agresiones de los pacientes eran tres veces más frecuentes que las iniciadas por el público, por lo que era preciso desplegar una estrategia interna.

La estrategia de Trust incluía crear conciencia, impartir formación, adoptar medidas de seguridad y, en general, aplicar un enfoque de «tolerancia cero», que estaba difundándose ampliamente. El hospital apoyaba plenamente a las víctimas y acusaba a los infractores en todos los casos. Colaboraba estrechamente con los sindicatos para garantizar que se concedía la máxima prioridad a la prevención de la violencia.

Se facilitaba formación y asesoramiento a cualquier miembro del personal que se considerara expuesto a la violencia. Se había impartido formación al 10 por ciento del personal, aproximadamente, sobre el lenguaje verbal y no verbal adecuado para evitar provocar violencia y frenar a los infractores.

Los directivos del hospital habían integrado servicios de seguridad de un proveedor externo para asegurar unas mejores condiciones al personal de seguridad, incluidas cámaras e iluminación adecuadas. Se había instalado un sistema electrónico de supervisión de seguridad que abarcaba la Unidad de Accidentes y Urgencias. Un sistema de seguridad compuesto por un teclado numérico protegía las salas de maternidad e infancia, para impedir el robo de bebés y las agresiones al personal.

El método «tolerancia cero» incluía negar o retirar el tratamiento a pacientes violentos o insultantes. Se les mostraba tarjetas amarillas y rojas, como en el fútbol. Este enfoque planteaba problemas éticos, ya que iba en contra de la práctica aceptada de ofrecer tratamiento a todos los pacientes. Pero, afortunadamente, los pacientes a quienes se mostraba una tarjeta amarilla cambiaban inmediatamente su comportamiento amenazador.

Por consiguiente, el personal se sentía más protegido y consideraba que la situación estaba mejorando.

Discusión

El Profesor Cooper abordó nuevamente la cuestión de la rentabilidad y eficacia de las iniciativas emprendidas para erradicar la violencia en el trabajo. Un representante de los trabajadores de Alemania aseguró a los empleadores que las medidas preventivas serían más eficaces en función del coste a largo plazo. Mencionó varios ejemplos de iniciativas emprendidas en Alemania:

- en todo el sector de servicios públicos, los supervisores debían participar en una formación obligatoria sobre *mobbing* (o intimidación), cuyo coste asumían los empleadores;
- se alentaba el diálogo social sobre el *mobbing*. En muchas organizaciones, se habían firmado acuerdos colectivos;
- en algunos hospitales se habían establecido servicios de asesoramiento psicosociales para las víctimas del *mobbing*, y

-
- los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, como la violencia, estaban abordándose en grupos de trabajo permanentes.

Por lo general, los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo financiados por los empleadores daban resultado, al reducirse la tasa de accidentes y aumentar la satisfacción laboral.

El Sr. Hewitt hizo una presentación sobre numerosas cuestiones relativas a los aspectos prácticos de las políticas de tolerancia cero, particularmente con respecto a retirar el tratamiento a los pacientes. Explicó que esta política se había establecido recientemente y que, hasta el momento, no se había negado ningún tratamiento. La experiencia mostraba que los pacientes a quienes se avisaba se mostraban consternados y cambiaban de actitud.

Un representante de los trabajadores de Yugoslavia preguntó si la intimidación también se había registrado científicamente. El Sr. Hewitt respondió que el registro de estos incidentes estaba aumentando, si bien se observaba una cierta reticencia con respecto a la notificación de casos de intimidación, debido a la naturaleza del problema. Por lo general, un procedimiento de notificación formal desalentaba a las víctimas, ya que a menudo los superiores estaban involucrados en la intimidación. Era preciso alentar el establecimiento de sistemas de notificación seguros para la notificación de incidentes; pero, por otra parte, se investigaban y consideraban injustas muchas propuestas formales.

Un representante de los trabajadores de Ecuador comentó que la violencia era una realidad cotidiana en su país. Los servicios de salud debían considerarse parte integrante de la comunidad y, del mismo modo, era sumamente importante para la comunidad el buen funcionamiento de aquéllos. Era necesario entablar un diálogo con la comunidad en busca de soluciones. Podrían servir de modelo algunas iniciativas prometedoras emprendidas en otros sectores, como el programa establecido por una compañía de transporte público en Francia, donde se empleaba y formaba a jóvenes de barrios expuestos a un alto riesgo para que condujeran autobuses, al objeto de reducir la agresividad. Los bajos niveles de remuneración constituían otro problema relacionado con la violencia en Ecuador. El salario básico de una enfermera eran 120 dólares de los Estados Unidos, lo que obligaba a muchas enfermeras a desempeñar un segundo trabajo.

Un representante gubernamental de Hungría comentó que debía mejorarse la formación del personal, para que supiera reaccionar ante un comportamiento criminal. Los estatutos de los pacientes podían reflejar tanto los derechos como las responsabilidades de aquéllos, y la OIT debería ayudar y alentar a los gobiernos a la redacción de dichos estatutos. Se discutieron las limitaciones de las políticas de tolerancia cero.

Un representante de la ISP hizo referencia a las expectativas de los pacientes, a consecuencia de las promesas de los políticos, y se interesó por el modo en que Trust había abordado este problema. El Sr. Hewitt explicó que Trust estaba colaborando estrechamente con los medios de difusión para promover el mejor entendimiento de los servicios y que, si bien estaban produciéndose mejoras en el sector de salud, los cambios no eran inmediatos.

Discursos de clausura

La Secretaria General Adjunta proporcionó información sobre la Reunión propiamente dicha. El Consejo de Administración había invitado a participar en ella a todos los gobiernos interesados, 9 representantes del Grupo de los Empleadores y 27 representantes del Grupo de los Trabajadores. Asistieron efectivamente a la Reunión 29 representantes gubernamentales, 15 consejeros gubernamentales, 8 representantes del Grupo de los Empleadores, 25 representantes del Grupo de los Trabajadores y 5 consejeros trabajadores. Un 37 por ciento de los participantes eran mujeres. Aunque tal cifra sobrepasaba la meta de la Oficina, que establecía en un 20 por ciento la participación femenina, se trataba de una cifra baja si se tenía en cuenta la proporción de mujeres que componían la fuerza de trabajo en el sector de la salud. La Reunión había constituido una importante ocasión de practicar el diálogo social, dando un buen ejemplo de buenas prácticas a ese respecto, sobre todo si se tenía en cuenta su estructura paritaria. La Mesa redonda titulada Violencia en el lugar de trabajo: una amenaza a la calidad de los servicios de salud y la presentación del nuevo sitio Web del Programa de Actividades Sectoriales, que tuvieron lugar en el curso de la Reunión, proporcionaron ocasiones adicionales de intercambiar experiencias e información. La Mesa redonda, en particular, había destacado la eficacia de la cooperación y del diálogo social internacionales. El mismo espíritu de diálogo había permitido también que la Reunión adoptara por consenso un conjunto de conclusiones y una resolución. La oradora subrayó que para los mandantes de la OIT y para la Oficina era muy importante que dichas conclusiones y resolución se pusieran en práctica. Terminó su intervención refiriéndose a tres aspectos señalados de la Reunión, a saber:

- 1) había constituido un ejemplo destacado de diálogo social efectivo;
- 2) el trabajo en pequeños grupos en el seno del Grupo Gubernamental/Empleadores había aumentado la participación en el examen de los temas inscritos en el orden del día;
- 3) la Organización Mundial de la Salud había expresado su deseo de continuar colaborando con la OIT en los servicios de salud y de utilizar el método del diálogo social.

El Sr. Wagner (Presidente del Grupo Gubernamental/Empleadores) dio las gracias a su Grupo y al Grupo de los Trabajadores por su contribución al desarrollo de las labores y su buena disposición para encontrar terrenos de entendimiento. También dio las gracias al Presidente de la Reunión por su acertada dirección y a la Secretaría por su diligencia. Recordó a los presentes que la clave para un entendimiento y un trabajo en equipo había residido en la voluntad de cada interlocutor de mantener buenas relaciones con los demás.

El Sr. Green (Presidente del Grupo de los Trabajadores) dio a conocer su satisfacción por las importantes conclusiones elaboradas por la Reunión y se felicitó de que sirvieran de marco de orientación para el quehacer de los interlocutores sociales. Subrayó que era importante tener presente que si bien algunos países tenían detrás de sí una sólida historia de sindicalismo, en otros países tales instituciones estaban recién creándose. El Sr. Green también hizo notar que el debate en la Mesa redonda había mostrado ser de gran utilidad y propuso que esta práctica no se interrumpiera. Dio las gracias a su Grupo por su cooperación y disciplina, al Presidente del Grupo Gubernamental/Empleadores por su talento negociador y al Presidente de la Reunión por su acertada dirección.

El Presidente dio las gracias a los presentes por su participación, paciencia y buena voluntad para conseguir consenso. Aunque en los países el diálogo social variaba en

función de sus antecedentes culturales e históricos respectivos, el principio subyacente en sus múltiples formas e instituciones permanecía invariable y consistía en la habilidad de empleadores y trabajadores para conseguir acuerdos y alcanzar sus metas respectivas transigiendo y dialogando. Se refirió a los trágicos sucesos de Moscú como ejemplo de una situación en que a través del diálogo podría haberse encontrado una salida pacífica. Aunque en el curso de la Reunión no siempre fueron fáciles las negociaciones había prevalecido el deseo de llegar a un entendimiento, como lo probaban las conclusiones y la resolución adoptadas. El Presidente informó a los presentes que en su calidad de miembro del Consejo de Administración plantearía el asunto de la estructura paritaria de las reuniones del sector salud durante la 286.^a reunión del Consejo de Administración, con la esperanza de que se llegara a un acuerdo que permitiera a cada parte conservar su independencia. Lo anterior era un asunto importante porque los recursos y las responsabilidades de los empleadores públicos y privados diferían mucho entre sí. Luego de estas palabras el Presidente declaró cerrada la Reunión paritaria sobre el diálogo social en los servicios de salud: instituciones, capacidad y eficacia.

Cuestionario de evaluación

Antes de terminar la Reunión se distribuyó un cuestionario a quienes habían participado en ella a fin de que opinaran sobre sus diversos aspectos.

1. ¿Cómo valora la Reunión en lo referente a los puntos siguientes?

	5 Notable	4 Buena	3 Satis- factoria	2 Deficiente	1 Insatis- factoria	Promedio
La elección del punto incluido en el orden del día (temas abordados)	9	5				4,6
Los puntos propuestos para la discusión	10	6				4,6
La calidad de la discusión	6	7		1		4,3
Su beneficio potencial para el sector	7	5	2			4,35
Las conclusiones	8	5	1			4,5
La resolución	6	5	3			4,21
Presentación	9	4	1			4,86
Mesa redonda sobre la violencia en el lugar de trabajo – Parte I	8	3	2			4,14
Mesa redonda sobre la violencia en el lugar de trabajo – Parte II	8	4	1			4,54
Posibilidad de crear redes	5	6	2			4,23

2. ¿Cómo valora la calidad del informe en los siguientes aspectos?

	Notable	Buena	Satis- factoria	Deficiente	Insatis- factoria	Promedio
Calidad de análisis	7	6				4,54
Objetividad	7	6	1			4,43
Amplitud temática	7	7				4,5
Presentación y legibilidad	7	7				4,5
Volumen y pertinencia de la información	10	3	1			4,64

3. ¿Qué opina del tiempo dedicado al debate?

	Demasiado	Suficiente	Escaso
Discusión del informe		13	
Mesas redondas		12	2
Grupos		12	1
Grupo de Trabajo sobre las resoluciones		9	
Grupo de Trabajo sobre las conclusiones		9	

4. ¿Cómo valora los aspectos prácticos y administrativos (secretaría, servicios de documentación, traducción, interpretación)?

Notables	Buenos	Satisfactorios	Deficientes	Insatisfactorios	Promedio
10	3	1			4,6

5. Número de respuestas

Gobiernos	Empleadores	Trabajadores	Observadores	Total	(% de respuestas)
4		8	2	14	14

6. Participantes en la Reunión

Gobiernos	Empleadores	Trabajadores	Consejeros técnicos	Observadores	Total
29	8	25	20	17	99

7. Delegados/consejeros técnicos

	Gobiernos	Empleadores	Trabajadores	Total
Delegados	29	8	25	62
Consejeros técnicos	15	0	5	20

8. Participación femenina

	Gobiernos	Empleadores	Trabajadores	Total	% de mujeres
Delegados	8	3	13	24	24
Consejeros técnicos	5	0	1	6	-

List of participants
Liste des participants
Lista de participantes

Representative of the Governing Body
of the International Labour Office
Représentant du Conseil d'administration
du Bureau international du Travail
Representante del Consejo de Administración
de la Oficina Internacional del Trabajo

Mr. Valentin Klotz, Social Attaché, Permanent Mission of Germany in Geneva

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

BARBADOS BARBADE

Mr. Matthew Wilson, First Secretary, Permanent Mission of Barbados in Geneva

BRAZIL BRÉSIL BRASIL

Mr. Paulo Machado, Secretario Ejecutivo, Ministério do trabalho e Emprego, Brasilia

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Rogério Batista Teixeira Fernandes, Assessor-Adviser, Ministerio do trabalho e emprego/MTE, Brasilia

CANADA CANADÁ

M. Robert Tremblay, directeur de la planification et du développement de la main-d'oeuvre et de la recherche,
ministère de la Santé, Sainte Foy, Québec

**CENTRAL AFRICAN REPUBLIC RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE
REPÚBLICA CENTROAFRICANA**

M. Sylvestre Gaziamodo, secrétaire général, ministère de la Santé publique et de la Population, Bangui

CHILE CHILI

Sr. Carlos Manzi, Jefe de la División de Gestión y Red Asistencial, Ministerio de Salud, Santiago

CHINA CHINE

Mr. Guoqing Zhang, Counsellor, Permanent Mission of the People's Republic of China in Geneva

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Ms. Xia Huang, Director of Division of Wages, Department of Labour & Wages, Ministry of Labour and
Social Security, Beijing

Mr. Dongwen Duan, Second Secretary, Permanent Mission of China in Geneva

COLOMBIA COLOMBIE

Sra. Victoria González-Ariza, Ministro Consejero, Misión Permanente de Colombia en Ginebra

CYPRUS CHYPRE CHIPRE

Mr. Panayiotis Yiallourous, Advisor, Ministry of Health, Nicosia

CZECH REPUBLIC RÉPUBLIQUE TCHÈQUE REPÚBLICA CHECA

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Stanislav Benes, Ministry of Labour and Social Affairs, Praha

EGYPT EGYPTE EGIPTO

Ms. Azza Mohamed El Husseiny, Director of the Central Department for Research and Health Development, Ministry of Health and Population, Cairo

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

Mme Nadia El-Gazzar, Conseillère des affaires du travail, Consulat d’Egypte à Genève

FINLAND FINLANDE FINLANDIA

Mr. Matti E. Lamberg, Ministerial Counsellor, Health Affairs, Ministry of Social Affairs and Health, Valtio Neuvosto

FRANCE FRANCIA

M. Xavier Montserrat, Chargé de mission, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Ministère de la Santé, DHOS-MREI, Paris

GHANA

Dr. Yaw Antwi-Boasiako, Director of Human Resources for Health, Ministry of Health, Accra

HUNGARY HONGRIE HUNGRÍA

Ms. Éva Kereszty, Head of Department of Health care and Nursing, Ministry of Health, Social and Family Affairs, Budapest

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Zoltán Varga, Director-General, Ministry of Employment Policy and Labour, Budapest

KENYA

Mr. James Ndegwa Ndiho, Deputy Chief Industries Relations Officer, Ministry of Labour and Human Resource Development, Nairobi

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Ephraim Waweru Ngare, Counsellor, Labour, Permanent Mission of Kenya in Geneva

REPUBLIC OF KOREA RÉPUBLIQUE DE CORÉE REPÚBLICA DE COREA

Mr. Sung-Ki Yi, Labour Attaché, Permanent Mission of the Republic of Korea in Geneva

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Mr. Dae-Won Lee, Deputy Director, Industrial Health and Environment Division, Ministry of Labour,
Gwachueon City

Mr. Young-Gyu Phee, Expert in Occupational Health, Industrial Health and Environment Division, Ministry
of Labour, Gwachueon

LUXEMBOURG LUXEMBURGO

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

M. Henri Theisen, Attaché de direction, Inspection du travail et des mines, Luxembourg

M. Gary Tunsch, Inspecteur principal, Ministère du Travail et de l'Emploi, Luxembourg

MAURITIUS MAURICE MAURICIO

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. B.K. Rudhee, First Secretary, Permanent Mission of Mauritius in Geneva

MOROCCO MAROC MARRUECOS

M. M'hamed Benelkadi, Directeur des ressources humaines, Ministère de la Santé, Rabat

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

Mme Siham Bouassa, Conseiller, Mission permanente du Maroc à Genève

NIGERIA NIGÉRIA

Mr. Shehu Alhaji Suleiman, Permanent Secretary, Federal Ministry of Health, Office of the Permanent Secretary,
Abuja

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Mr. Shehu Sule, Director, Health Planning and Research, Federal Ministry of Health, Abuja

Mr. Abdullah Ahmad, Deputy Director of Labour, Permanent Mission of Nigeria in Geneva

PANAMA PANAMÁ

Sr. Rubén Candanedo, Secretario General, Ministerio de Salud, Panamá

PHILIPPINES FILIPINAS

Ms. Yolanda C. Porschwitz, Labor Attaché, Permanent Mission of the Philippines in Geneva

POLAND POLOGNE POLONIA

Ms. Barbara Skulimowska, Director, Social Dialogue Department, Ministry of Labour and Social Policy,
Warszawa

SOUTH AFRICA AFRIQUE DU SUD SUDÁFRICA

Ms. Daisy Mafubelu, Counsellor, Permanent Mission of South Africa in Geneva

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

Ms. Lindiwe Lusenga, Labour Counsellor, Permanent Mission of South Africa in Geneva

SWITZERLAND SUISSE SUIZA

Mme Josiane Antille, Adjointe, SECO, Service de la santé publique du Canton de Vaud, Lausanne

Adviser/Conseillère technique/Consejera técnica

Mme Gabrielle Steffen, Chef de projet, Service de la santé publique du Canton de Neuchâtel, Neuchâtel

**SYRIAN ARAB REPUBLIC RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE
REPÚBLICA ARABE SIRIA**

Mr. Suleiman Mashkoug, Director of Health Systems Management Centre, Ministry of Health, Damascus

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Mohamad Khafif, Counsellor, Permanent Mission of the Syrian Arab Republic in Geneva

TUNISIA TUNISIE TÚNEZ

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

M. Lassaad Zarrouk, Directeur des études économiques et financières de la sécurité sociale, Direction générale de la sécurité sociale, Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, Tunis

UNITED STATES ETATS-UNIS ESTADOS UNIDOS

Mr. John A. Wagner, Commissioner of Mediation, Federal Mediation and Conciliation Service, Washington

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Robert Hagen, Labor Attaché, United States Permanent Mission in Geneva

VENEZUELA

Sra. Madai Hernández, Consejera, Misión Permanente de Venezuela en Ginebra

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

Dr. Felix Kwaku Anyah, Director General, Holy Trinity Clinic, Accra

Ms. Lise Bogen Behrens, Lawyer, Confederation of Norwegian Business and Industry, Servicebedriftens Landsforening (SBL/NHO), National Federation of Services Industries, Oslo

Mme Catherine Chiffolleau, Secrétaire générale, Mouvement des entreprises de France (MEDEF), Association pour le Secrétariat technique des administrateurs sociaux (ASTAS), Paris

Dr. Volker Hansen, Deputy Head, Bundesvereinigung des Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Berlin

Dr. Kuan Joo Lim, Member, Malaysian Employers Federation, Selangor

Sr. Gastón Hugo Moratorio Pérez, Director Clínica MEDILAB, Cámara de Industrias del Uruguay, Montevideo

Sr. Arturo Vasi Páez, Gerente General, Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares, San Isidro Lima

Ms. Laura Žickute, Head and Lawyer of Business Social Policy Department, Confederation of Lithuanian Industrialists, Vilnius

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

Mr. Herbert Beck, Bundesfachbereichsvorstand FB3, VER.DI-Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Berlin

Mr. Adrian Birea, Romanian Trade Union Federation SANITAS, Bucharest

Ms. Gamlath Mohottige Chandralatha, Treasurer, Public Services United Services Union, Ja-Ela, Sri Lanka

Mr. Michel Gravel, Service Employees International Union, Montreal

Mr. Phillip Green, National Officer, Health Group, UNISON, London

Ms. Phyllis Gyamerah, President - Women's Committee, Health Services Workers Union, Accra

Mr. Jimilah Bte Harun, Assistant Nurses Union of Malaysia (MKTR), Paediatrician Clinic, Penang General Hospital, Penang Island, Malaysia

Mr. Mikhail Kuzmenko, President, Health Workers Union of the Russian Federation, Moscow
Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Vladimir Panchekhin, International Secretary, Health Workers Union of the Russian Federation, Moscow

Ms. Dorothy Matebeni, Vice President, Democratic Nursing Organisation of South Africa (DENOSA), East London

Ms. Redempta Mbatia, National Chairperson, Women Committee, Tanzania Union of Government and Health Employees, c/o Tanzania Union of Government and Health Employees (TUGHE), Dar Es Salaam

M. Jean-Marie Ndi, Président, Syndicat départemental de la santé, pharmacies et assimilés du Wouri (SDSPA), Douala

Mr. Henry Nicholas, Vice President, National Hospital and MHealth Care (NUHHCE/AFSCME), Philadelphia PA

Ms. Esperanza Ocampo, National President, Philippine Government Employers Association (PGEA), Pasig City

Mr. Kim Øst-Jacobsen, Danish Nurses Association, Copenhagen

Ms. Branislava Plancak, President, Health and Social Protection Employees Union, Belgrade

Advisers/Conseillers techniques/Consejeros técnicos

Ms. Slavica Spirovski, Adviser, Health and Social Protection Employees Union of Serbia, Belgrade

Mr. Sava Krsikapa, Adviser, Health and Social Protection Employees Union of Serbia, Belgrade

Sr. Jorge Luis Quijada Vásquez, Federación Nacional de Asociaciones y Organizaciones de Empleados Públicos (FENASEP), Panamá

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Sr. Arnulfo De León Vargas, Asesor-Consejero, FENASEP, Panamá

Sra. Esther Reyes Diez, Secretaria de Relaciones Internacionales (SATSE), Madrid

Mme Marie-Claire Ros, Secrétaire fédérale, Fédération des services publics et santé, Toulouse

Sra. Rosa Santamaría Acurio, Presidente, Federación Ecuatoriana de Enfermeras, Quito

Ms. Ülle Schmidt, Chairwoman, Federation of Estonian Health Care Professionals, Tallinn, Estonia

Ms. Rosilyn Smith, Senior Industrial Relations Officer, National Union of Public Workers (NUPW), St. Michael, Barbados

Ms. Akpe Sollen Messanvi, Sage-femme d'état, Confédération mondiale du travail, CHU Tokoin (Maternité), Lomé

Sr. Marcelino Valera Corro, CLATSEP, La Vega, Venezuela

Ms. Patcharee Yanyaratana, President, Paolo Memorial Hospital Trade Union, Bangkok

Mr. Zhang Xiaodong, Division Chief, Social Security Department, All China Federation of Trade Unions, Beijing

Adviser/Conseiller technique/Consejero técnico

Mr. Tang Hong, Deputy Director, General Office, International Liaison Department, All China Federation of Trade Unions, Beijing

Others

Autres

Otros

Representatives of member States present at the sittings

Représentants d'Etats Membres présents aux séances

Representantes de Estados Miembros presentes en las sesiones

VENEZUELA

Sr. Freddy Leal, Director de Higiene, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas

Sra. Dulce León, Docente, Universidad de Carabobo Area Estudios Postgrado, Unidad de Salud Colectiva (USACOL), Valencia

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

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

Dr. Naeema Al-Gasseer, Senior Scientist for Nursing & Midwifery, Department of Health Service Provision, Geneva

Dr. Monica Padilla, Regional Adviser in Human Resources, Panamerican Health Organization, Washington

Dr. Mario Dal Poz, Director of Health Service Provision (Acting), Geneva

Mr. Norbert Dreesch, Technical Officer (OSD/HRH), Geneva

Representatives of non-governmental international organizations

Représentants d'organisations internationales non gouvernementales

Representantes de organizaciones internacionales no gubernamentales

International Confederation of Free Trade Unions
Confédération internationale des syndicats libres (CISL)
Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres

Ms. Anna Biondi, Assistant Director, Geneva Office, Geneva

International Council of Nurses
Conseil international des infirmières
Consejo Internacional de Enfermeras

Ms. Mireille Kingma, Consultant, Nursing and Health Policy, Geneva

International Federation of Employees in Public Service (INFEDOP)
Fédération internationale du personnel des services publics
Federación Internacional del Personal de los Servicios Públicos

Mr. Bert Van Caelenberg, Secretary-General, Brussels

M. Kristien Van der Gudt, secrétaire national, Centrale chrétienne des services publics, Bruxelles

Sr. José Mogollon, Secretario Ejecutivo, CLASEP (FETRASALUD), Valencia Edo, Venezuela

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

Mr. Jean Dejardin, Adviser, International Organization of Employers, Cointrin/Geneva

Public Services International (PSI)
Internationale des services publics
Internacional de Servicios Públicos

Mr. Mike Waghorne, Assistant General Secretary, Ferney-Voltaire

Mr. Alan Leather, Deputy General Secretary, Ferney-Voltaire

Ms. Sonia Sánchez, Ferney-Voltaire

World Confederation of Labour
Confédération mondiale du travail (CMT)
Confederación Mundial del Trabajo

Mme Béatrice Fauchère, Représentante permanente, Genève

World Federation of Trade Unions
Fédération syndicale mondiale
Federación Sindical Mundial

Sra. Aido Avella, Consejera, Representación Permanente, Ginebra