



DERECHO A LA SALUD

#PublicHealth4All

Internacional de Servicios Públicos

**Número 1,
Marzo/Abril de 2017**

Es hora de unirse y luchar por la salud para todos

«El disfrute del más alto nivel posible de salud» fue declarado un derecho humano, en 1948, cuando se fundó la Organización Mundial de la Salud para ayudar a ponerlo en práctica. Este principio se refleja en las constituciones de muchos países. Tras esta declaración se produjeron considerables avances, sobre todo, en los países industrializados, pero a pesar de los diversos pactos intergubernamentales sobre la cobertura sanitaria universal, nos mantenemos muy lejos de garantizar el derecho humano a la salud para todos y para todas.



Introducción	1
Noticias internacionales	3
Noticias breves	5
África	7
Asia y el Pacífico	10
Europa	14
Inter-Américas	19

Más de mil millones de personas viven en la pobreza y carecen de agua potable, y 2 600 millones más no tienen acceso a los servicios de saneamiento. Miles de niños mueren cada día a causa de enfermedades transmitidas por el agua, que también llenan la mitad de las camas de hospitales de todo el mundo. Las guerras, los conflictos internos y el cambio climático siguen cobrándose decenas de miles de vidas y dejando a millones de personas en la más absoluta miseria. El personal sanitario paga con su vida trabajar en primera línea contra las catástrofes naturales, provocadas por el hombre y epidemiológicas, a menudo, sin una protección ni una remuneración adecuadas como han evidenciado recientemente los brotes de Ébola, Zika y SROM. La sobrecarga laboral, la escasez de personal en proporción a la población, el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el trabajo, los sacrificios de los trabajadores sanitarios han sido demasiado pesados y ya no son aceptables.

Hemos constatado enormes esfuerzos en materia de privatización, liberalización y recortes en la financiación de los servicios sociales y de salud, impulsados por una construcción ideológica, que se sirven de herramientas del 'libre comercio' y de los requisitos para la 'ayuda' y las facilidades de préstamo que ofrecen las instituciones financieras internacionales. Todos ellos están respaldados por la promesa de que los 'mercados' pueden actuar mejor que los Estados porque se supone que son más eficientes y menos burocráticos. El espacio político para mantener un nivel adecuado o mejorar los servicios de salud se vio limitado en los países en desarrollo debido a los programas de ajuste estructural implantados en los años ochenta y noventa. No obstante, hoy en día se reconoce que estas medidas han provocado un aumento de las desigualdades y han empeorado la calidad de los servicios de salud. Proseguir con esta política anulará las importantes mejoras obtenidas con respecto a las condiciones sanitarias y la esperanza de vida registradas en las últimas décadas, sobre todo para gran parte de la población de los países en desarrollo.

Debido a la insuficiente financiación de los servicios de salud públicos, cientos de millones de personas desfavorecidas se ven obligadas a pagar los servicios de salud de su bolsillo. De acuerdo con la OMS: «alrededor de 100 millones de personas en todo el mundo se encuentran por debajo del umbral de pobreza a consecuencia del gasto en atención sanitaria que realizan cada año». En pocas palabras, la falta de prestación de atención médica básica contribuye a aumentar la desigualdad y la pobreza extrema en la sociedad.

Este es un claro indicador de la acuciante necesidad de garantizar una cobertura sanitaria pública universal para que la salud pueda convertirse en un derecho humano. No obstante, lo que hemos observado es todo lo contrario. Durante las últimas décadas, el sector de la asistencia social y sanitaria ha sido uno de los principales objetivos de grandes reestructuraciones, dado el aumento de la participación de los intereses privados con fines lucrativos en la prestación de servicios de salud y el respaldo explícito de los gobiernos plasmado en reformas sanitarias.

Este respaldo a menudo se traduce en diferentes formas de privatización, como en Asociaciones Público-Privadas (APP), así como en políticas que fomentan la expansión de empresas transnacionales en la prestación de seguros de servicios de salud y en la producción farmacéutica. Estas reformas sanitarias forman parte de varias reformas fiscales tridimensionales que consisten en aplicar controles fiscales sistémicos más estrictos, establecer nuevas prioridades para la asignación de recursos gubernamentales incentivados por un sentido restringido del crecimiento y mejorar el uso de los recursos, dando lugar a la creación de un 'Estado restringido'.

Existen ventanas de oportunidad para recuperar una perspectiva de política sanitaria que sitúe a las personas por encima del lucro, tales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Plan de Acción Quinquenal sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. No obstante, para que estos asideros institucionales sean efectivos, los sindicatos, las organizaciones civiles y nuestras comunidades deben participar activamente en el proceso y unirse en torno a un programa común para la salud pública universal.

Este es el trasfondo contextual de la campaña mundial de la ISP sobre el derecho humano a la salud, que se puso en marcha en la reunión del Grupo de trabajo sobre servicios sociales y de salud de la ISP, celebrada en Ginebra en diciembre de 2016. Nuestras afiliadas en diferentes regiones del mundo han comenzado a tomar medidas, y a hacer progresar esta campaña. El boletín informativo «El derecho a la salud» se hace eco de nuestra voz, y recoge noticias y perspectivas sobre la campaña y las luchas que se llevan a cabo en el mundo entero para lograr que la salud se convierta en un derecho humano fundamental.

Le animo a suscribirse al boletín informativo y a enviarnos sus historias. Es hora de que nos unamos y luchemos por la salud para todos, ya que representa un sector significativo de nuestra lucha por situar a las personas por encima del lucro. Y esto supone compartir nuestras experiencias e ideas. Estando unidos y decididos, ganaremos.



Rosa Pavanelli
Secretaria General de la ISP

Hacia un renacimiento de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra en un momento decisivo de su historia, y el nuevo Director General (DG) tomará posesión de su cargo el 1 de julio de 2017. El mundo ha cambiado mucho desde que esta organización fuera creada en 1948, con un sólido mandato para dirigir y coordinar la salud internacional. Si bien se han producido mejoras significativas en la situación sanitaria de las personas, en general, debido al crecimiento económico y al desarrollo tecnológico, esto no ha resultado suficiente para alcanzar el objetivo de salud para todos.

En los últimos tiempos, el mundo se ha caracterizado por «crecientes desafíos que tienen profundas repercusiones para la salud». La gobernanza mundial se ha vuelto más compleja debido a la creciente influencia de las grandes empresas y al deterioro de las instituciones democráticas. La gobernanza de la salud mundial ha tomado un cariz más político, mientras que la OMS se enfrenta a unas dificultades de financiación cada vez mayores.

Mientras tanto, existen oportunidades para que la «salud para todos» sea más que un mero eslogan. En el mundo hay suficiente riqueza para que sea posible, pero esto requiere que se produzcan cambios estructurales en los países, así como una Organización Mundial de la Salud que se muestre fuerte, creíble y audaz a la hora de promover la causa de la salud pública para todos. Este es el contexto en el que la Asamblea Mundial de la Salud elegirá al próximo DG en mayo.

La ISP se ha sumado a otras 27 organizaciones de la sociedad civil para enviar un mensaje a los Estados Miembros de la OMS y al mundo en general sobre La OMS que queremos y el liderazgo que la OMS necesita (ver <http://g2h2.org/posts/nextdg/>), con el fin de influir en el

debate como actores no estatales. Reconociendo el papel protagonista que la OMS posee entre los actores internacionales y multilaterales a la hora de impulsar el programa para la salud pública universal, los signatarios de la declaración han solicitado a la OMS que intensifique sus esfuerzos para establecer prioridades y determinar una aplicación estratégica desde el punto de vista de la salud pública mundial en lugar de atender los intereses y las prioridades de los donantes particulares.

La declaración de la sociedad civil también exige una OMS que fortalezca el protagonismo y el compromiso de los Estados Miembros con la salud pública, por ejemplo, realizando suficientes contribuciones sin fines específicos y protegiendo adecuadamente a la organización de posibles intereses privados.

Las organizaciones de la sociedad civil creen firmemente que el nuevo DG de la OMS debe ser un líder fuerte y reconocible, que sea un defensor de la salud pública. Él o ella debe ser un diplomático, que pueda centrar la atención en los determinantes políticos, económicos, sociales y

medioambientales de la salud, promover la justicia de la salud, la diversidad, la democracia y la responsabilidad, y ser un dirigente capaz de impulsar iniciativas transversales y procesos de toma de decisiones efectivos.

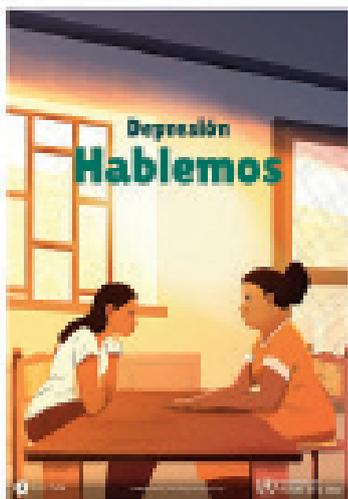
Los tres candidatos a DG de la OMS son: Sania Nishtar de Pakistán, David Nabarro del Reino Unido y Tedros Adhanom Ghebreyesus de Etiopía. La ISP y otras organizaciones que son signatarias de la declaración de la sociedad civil participaron en un debate moderado sobre el liderazgo político para la salud mundial, organizado por Chatham House, la Fundación de las Naciones Unidas y la Fundación Rockefeller, para los candidatos en el Instituto Universitario de Ginebra.

Todos los candidatos son brillantes y experimentados profesionales sanitarios y responsables políticos. No obstante, resulta desalentador que todos se abstuvieran de comprometerse a adoptar una postura firme para frenar la creciente influencia que tienen los intereses privados, así como las asociaciones filantrópicas



Candidatos a DG de la OMS en el debate del Instituto Universitario de Ginebra. Foto: ISP

Depresión: Hablemos



Poster del Día Mundial de la Salud de 2017. Foto: OMS

Afrontar el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), que frecuentemente se conoce simplemente como depresión, será el tema del Día Mundial de la Salud de este año, que tendrá lugar el 7 de abril. El TDM es un estado de bajo estado anímico en una persona, caracterizado por un periodo de dos semanas o más de tristeza persistente, baja energía y pérdida general de interés por las actividades que la persona solía disfrutar.

Este estado suele conducir a la ansiedad, a un sentido de la desesperación y a la baja autoestima, lo cual afecta a las relaciones con los miembros de la familia y con los amigos. El TDM puede afectar a todos, y sus causas se desconocen. Es probable que la vulnerabilidad a este trastorno refleje una combinación de naturaleza (predisposición genética) y crianza (entorno social y físico).

Las presiones laborales y, peor aún, la vida precaria que sufren las personas que poseen empleos flexibles y mal remunerados o carecen de cualquier medio de subsistencia, predisponen ahora a más millones de personas a caer en la depresión que en cualquier otro momento de la historia de la humanidad. Las consecuencias de esta bomba de relojería pueden ser nefastas.

Cada 40 segundos, alguien se suicida. De ellos, el 60% sufría de depresión u otras formas relacionadas

con el trastorno del estado anímico. Se puede evitar el suicidio si prestamos atención y podemos hablar con nuestras hermanas, hermanos, amigos, vecinos y compañeros de trabajo e incitarlos a pedir ayuda médica si observamos signos de depresión.

La depresión post-natal afecta a una de cada seis mujeres después del parto. Esto se puede tratar con ayuda profesional. En esos momentos también resulta inestimable contar con el apoyo y el cuidado de familiares y amigos.

Un mayor interés por la salud mental, incluida la financiación, la formación profesional y la reeducación de los profesionales sanitarios, contribuiría en gran medida a facilitar

ayuda profesional a las personas que luchan contra casos de depresión crónicos.

Además, situar a las personas por encima del lucro, construir una sociedad más humana, en la que los determinantes sociales y económicos de la salud sean equitativamente distribuidos, resulta esencial para aliviar la carga psicológica y mental que surge de la debilitante existencia material que desencadena la depresión en tantas personas.

Aquí puede descargar carteles que plasman el mensaje en diferentes contextos regionales:

<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>



Cómo contribuyen los trabajadores comunitarios sanitarios a lograr los ODS

El 1º Simposio Internacional sobre Trabajadores Sanitarios Comunitarios (TSC) se celebró en Kampala, Uganda, del 21 al 23 de febrero de 2017. El simposio fue organizado por el Instituto de Salud Pública de la Universidad de Makerere y la Universidad de Nottingham Trent; su tema principal fue la Contribución de los trabajadores sanitarios comunitarios a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Al acto asistieron más de 450 participantes de más de 20 países. Con 140 presentaciones orales y de carteles, tres discursos principales, 13 paneles y dos talleres, el simposio constituyó una auténtica plataforma para deliberar en torno a un amplio espectro de preocupaciones referidas a la labor que realizan los trabajadores sanitarios comunitarios para alcanzar el objetivo de la salud universal.

La ISP participó activamente en el simposio, y ofreció una presentación titulada Hacia la realización del derecho humano a la salud: los trabajadores sanitarios comunitarios y el empleo en la salud en la era de los ODS.

Poniendo en perspectiva la evolución de los TSC a partir de la formación de los campesinos rurales chinos, posteriormente llamados «médicos descalzos» en la década de 1930, hasta la situación actual en la que los TSC a tiempo completo son considerados como «voluntarios» en muchos países, el responsable de servicios sociales y de salud de la ISP, Baba Aye, ha demostrado que el cambio de paradigma hacia un modelo de desarrollo neoliberal ha tenido repercusiones adversas en la atención sanitaria primaria en general, y particularmente en las condiciones de los TSC.

El impulso que se generó en torno al movimiento de la Atención sanitaria primaria impulsado por la Declaración de Alma Atta de 1978 se refrenó en los años ochenta debido a la privatización, la liberalización y los recortes a la financiación pública de la asistencia sanitaria. No obstante, existe un renovado compromiso de potenciar el papel de los TSC para la consecución de la atención sanitaria universal, respaldado por los ODS y, más recientemente, por el Plan de Acción Quinquenal sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. Los TSC actúan



Prof. Anthony Mboye, director general de servicios de salud, Ministerio de la Salud, Uganda. Foto: ISP

como importantes nexos entre las comunidades rurales y periurbanas y los sistemas de salud de muchos países en desarrollo.

La mayoría de los participantes compartieron este punto de vista. Tras las rondas de debates, aprobaron la Declaración de Kampala (http://www.hifa.org/sites/default/files/publications_pdf/Kampala_CHW_symposium_statement-v23.02.17.pdf) donde se puso de manifiesto que «los programas de trabajadores sanitarios comunitarios pueden constituir un importante factor impulsor para alcanzar al menos siete ODS, a saber, el ODS 1 (eliminar la pobreza), el 2 (eliminar el hambre y garantizar la seguridad alimentaria), el 3 (salud y bienestar), el 5 (igualdad de género), el 6 (agua potable y saneamiento), el 10 (reducir la desigualdad) y el 17 (asociaciones para la salud mundial)».

Resulta esencial integrar a los trabajadores sanitarios comunitarios en la estructura formal del sistema sanitario, y al mismo tiempo adaptar los programas de TSC a «las necesidades y prioridades que resulten cultural y contextualmente apropiadas». Si bien se consensuó en términos generales que se debía respaldar con incentivos económicos a los TSC, la declaración no precisa la remuneración de aquellos TSC que trabajan a tiempo completo, pero son formalmente «voluntarios».

Garantizar la salud para todos sería un espejismo al margen de la justi-

cia social y del trabajo digno para los trabajadores que prestan servicios de salud. Dado que los TSC realizan horarios laborales normales, deben ganar salarios dignos. Esta propuesta figuraba en casi todos los programas de TSC antes de los años ochenta y actualmente en un número considerable de programas de TSC que se llevan a cabo en todo el mundo. La ausencia de una remuneración regular y previsible, que resulte suficiente para satisfacer las necesidades de los TSC que trabajan a tiempo completo, pone en peligro su capacidad de comprometerse plenamente.

El simposio será un evento bienal. El trabajo digno y la protección social de los TSC seguirá siendo un motivo de preocupación, que la ISP promoverá en este foro como un factor importante e integral para lograr una asistencia sanitaria universal. Los debates con una amplia gama de investigadores y profesionales, así como con miembros de las afiliadas de la ISP, proseguirán en las plataformas Información sobre la salud para Todos (HIFA, por sus siglas en inglés) (<http://www.hifa.org/>) y CWH Central (Central TSC) (<http://www.chwcentral.org/>).

□

desde pág. 3

picas, sobre la OMS. Esto podría deberse a la inquietud provocada por la influencia que pudiera tener tal interés en las duras negociaciones que rodean al proceso electoral. Además, muestra que el movimiento de la sociedad civil debe igualmente desarrollar su promoción y movilización de la opinión pública en un futuro próximo, con el fin de lograr un resurgimiento de la OMS y el objetivo de la salud para todos. □

En Resumen

Reunión tripartita sectorial sobre salud de la OIT

La reunión tripartita de la OIT sobre la mejora del empleo y las condiciones laborales en los servicios de salud se celebrará en la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, los días 24 y 28 de abril. (ver http://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_508525/lang--es/index.htm). «El objetivo de la reunión será analizar estrategias de trabajo digno que aborden eficazmente la escasez de personal sanitario, como una condición indispensable para lograr la igualdad de acceso a la atención sanitaria para todos los que lo necesitan, con miras a adoptar conclusiones sobre el desarrollo del futuro programa y formular políticas sobre el tema seleccionado a nivel internacional, regional y nacional».

Rosa Pavanelli, secretaria general de la ISP, dirigirá al Grupo de trabajadores hacia la reunión. En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y del Plan de Acción Quinquenal sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, la aplicación de las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas representa una oportunidad más para impulsar las exigencias de salud para todos y mejorar el empleo y las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios.

□

Gravar a los ricos y financiar la atención sanitaria

La salud para todos resulta indispensable para el desarrollo sostenible. La falta de recursos se presenta a menudo como el principal obstáculo para lograrlo. Pero el problema no es que los recursos no sean adecuados, es la falta de voluntad política para cambiar la situación.

Oxfam ha demostrado recientemente que solo ocho hombres poseen la misma riqueza que la mitad del mundo, es decir, 3 600 millones de personas (ver <https://www.oxfam.org/es/sala-de-prensa/notas-de-prensa/2017-01-16/ochopersonas-poseen-la-misma-riqueza-que-la-mitad-mas>).

Dicho informe confirmó que «en todo el mundo, las personas son excluidas», a pesar de la existencia de los Objetivos de Desarrollo Sos-

tenible. Millones de personas no viven vidas saludables porque no pueden satisfacer necesidades básicas como el agua, la comida y la vivienda.

Las empresas multinacionales registran grandes ganancias, mientras que algunas pagan solo un impuesto del 0,005% sobre estas (ver http://www.eldiario.es/desigualdadblog/Impuestos-derechos-mujeres_6_619498084.html). Asimismo, los Papeles de Panamá revelaron aún más lo turbias que son las aguas de la injusticia fiscal. Así pues, tres billones de dólares americanos desaparecen anualmente en el agujero negro de los paraísos fiscales. Estos fondos ayudarían mucho a sacar a cientos de millones de personas de la pobreza, ofreciéndoles más calidad de vida y una mejor salud.

La ISP defiende firmemente la justicia fiscal con el fin de frenar estas fugas de ingresos para el desarrollo. Las afiliadas de la ISP en diferentes partes del mundo participarán activamente del 1 al 7 de abril en la semana mundial de la acción.

(<http://www.globaltaxjustice.org/es/actions/semana-global-de-accion-endtaxhavens>)

para # ¡Poner fin a los paraísos fiscales!, que finalizará el Día Mundial de la Salud. También aprovechamos la oportunidad para exigir una actuación política decisiva a la hora de movilizar recursos para la asistencia sanitaria pública, poniendo a la gente por encima del lucro. Las grandes corporaciones y las personas obscuramente ricas deben pagar la parte justa que les corresponde. □

El futuro de la salud

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) organizó en enero un Foro Público sobre el Futuro de la Salud, que fue inmediatamente seguido por su reunión ministerial de salud sobre la próxima generación de reformas sanitarias

(<http://www.oecd.org/health/ministerial-statement-2017.pdf>). La ISP participó en las reuniones y emitió una declaración sindical conjuntamente con la Comisión Sindical Consultiva (TUAC, por sus siglas en inglés) (ver <http://www.world-psi.org/en/health-ministerial-meeting-joint-trade-union-statement>).

Apreciamos el renovado compromiso de la OCDE con una nueva generación de reformas sanitarias que «prioriza a las personas», en el

contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tal y como se reveló en la declaración ministerial de los Estados Miembros de la OCDE. Para que este discurso tenga un significado relevante a la hora de garantizar que nadie sea excluido es preciso prestar más atención a los determinantes sociales de la salud.

Urge poner fin a los recortes de los presupuestos de asistencia social y sanitaria como medidas de austeridad, que se han convertido en una práctica habitual de los gobiernos, disminuir el gasto ineficaz y asignar más recursos para la prestación de servicios. Esto requiere reformas estructurales que restrinjan las distorsiones de monopolio impulsadas por las empresas farmacéuticas y las compañías de seguros con fines de lucro, tal como lo definió la Comi-

sión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico de las Naciones Unidas.

Un primer paso hacia una nueva generación de reformas sanitarias que priorice a las personas sería el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental. El futuro de una salud que sitúe a la gente por encima del lucro se encuentra en la salud pública universal. De lo contrario, la política de atención centrada en la persona en la práctica «actúa en contra de los intereses de los pacientes y de los trabajadores sanitarios», según revela el informe de la ISP sobre el futuro de la salud (ver http://www.world-psi.org/sites/default/files/documents/research/future_of_health_pcc_kb.pdf). □

La campaña «El derecho a la salud» se lanza en Sudáfrica y en el África francófona

Las afiliadas de la ISP en las subregiones del África francófona y de Sudáfrica organizaron actividades para lanzar la campaña mundial sobre el derecho humano a la salud el 7 y 8 de febrero y el 3 de marzo, respectivamente. El lanzamiento en la África francófona se realizó en Lomé, con un seminario sobre APP y el derecho a la salud, mientras que el de la subregión de Sudáfrica tuvo lugar en Johannesburgo, donde los dirigentes de los sindicatos se comprometieron a apoyar plenamente la iniciativa, y aprobaron un marco para realizar actividades de promoción en los países sudafricanos.

El seminario de Lomé reunió a más de 60 participantes, que comprendieron a miembros de las afiliadas de la ISP en Togo, Burkina Faso, Malí, Senegal, Benín, Chad, Camerún, RD Congo, Níger y Guinea Conakry; a representantes de todas las centrales sindicales togolesas; a representantes del Ministerio de Salud de Togo; a académicos; a importantes organizaciones civiles de Togo, y a miembros de la prensa.

Los participantes destacaron que existe una acuciante necesidad de que los gobiernos africanos aumenten las asignaciones presupuestarias en sanidad. Es intolerable que dieciséis años después de que la Declaración de Jefes de Estado africanos de Abuja desestimara no menos del 15% de la asignación presupuestaria anual destinada a servicios sociales y de salud, solo dos países (Sudáfrica y Ruanda) hayan cumplido este objetivo. En el África francófona, la asignación presupuestaria ha sido apenas de un 5% anual. Asimismo, se adoptó la declaración de Lomé con el fin de exigir un aumento de la financiación para la salud pública y el cese de las APP.

En Johannesburgo, la secretaria general de la ISP, Rosa Pavanelli, puso la campaña en perspectiva cuando

afirmó que «una parte importante del propósito de la campaña consiste en ayudar a las afiliadas a desempeñar un papel activo como agentes de cambio en todo el mundo, movilizándolo y ganando influencia política para el logro de la equidad sanitaria mundial, a la vez que cumplen su mandato como trabajadores sanitarios que ofrecen un derecho humano fundamental a los ciudadanos».

Haciendo hincapié en el hecho de que «la salud constituye un derecho humano», comunicó además que la campaña también implicará a grandes empresas a escala mundial, desafiando la tendencia creciente de la mercantilización de la salud.

El primer vicepresidente de DENOSA, Modise Letsatsi, presentó los objetivos de la campaña en la región, afirmando que los trabajadores sanitarios deben estar en primera línea de las campañas para lograr buenos resultados en materia de salud y que «el gasto en atención sanitaria no constituye un gasto, sino una inversión» puesto que «la cobertura sanitaria universal es imposible de lograr sin contar con los trabajadores sanitarios».

Asimismo, añadió que la salud para todos no puede lograrse sin

ir acompañada de una lucha por la igualdad de género. Instó a las afiliadas a priorizar en la campaña los problemas de salud de las mujeres, dado que la campaña se lanzará a nivel nacional «teniendo en cuenta las peculiaridades y los principales desafíos que afronta la realización del derecho a la salud en cada país».

Como señaló el hermano Modise, miembro del Grupo de Trabajo Mundial de atención sanitaria y social de la ISP: «Debemos infundir nuestras propias problemáticas específicas en los países para que la campaña tenga resonancia entre las comunidades de nuestras diferentes naciones».

Asimismo, más adelante, en marzo, durante el lanzamiento regional de la campaña que tendrá lugar en la reunión del Comité Ejecutivo Regional de África y los Países árabes (AFREC) de la ISP, se adoptarán objetivos comunes para hacer campaña, como la Declaración de Jefes de Estado africanos de Abuja, con el fin de asignar al menos el 15% de los presupuestos anuales a la salud pública.



Dirigentes de las afiliadas de la región de Sudáfrica durante el lanzamiento. Crédito de la foto: DENOSA

Liberia: ¿Se puede crear un sistema de prestación de atención sanitaria resistente sobre una infraestructura frágil?

Al final de la crisis del Ébola, en la cuenca del Río Mano, el gobierno liberiano declaró su compromiso de crear un sistema resistente de atención sanitaria. Esta fue la plataforma que la doctora Bernice Dahn fomentó para ganar apoyo en su campaña para convertirse en ministra de Salud. Pero en aquel momento, los trabajadores sanitarios públicos mencionaron su responsabilidad como Jefa del Servicio Médico (JSM) del sistema sanitario durante nueve años en el derrumbe del sistema sanitario público, sus deficientes habilidades de gestión, así como su falta de contacto con los trabajadores sanitarios.

Cabría pensar que dada la terrible experiencia del brote de Ébola, el gobierno liberiano habría empezado a hacer las cosas de manera diferente con el fin de revisar y resucitar lo que solía ser un sistema sanitario insuficientemente financiado y mal administrado. No obstante, puesto que nunca se reformó la propia administración del sistema, los trabajadores sanitarios estaban seguros de que todo seguiría como siempre. Hoy en día, los temores de la Asociación Nacional de Trabajadores de la Sanidad de Liberia (NAHWAL, por sus siglas en inglés) están justificados.

Según el Parrot, un diario local de Monrovia (vol. 5 nº 311 del viernes 20 de enero de la edición de 2017), el informe anual de 2016 del Ministerio de Salud revela una deprimente lista de fracasos: falta de electricidad, fuentes de agua insalubres y una baja puntuación en el índice de diagnóstico Encuesta Mundial sobre la Capacidad de Respuesta (GRS, por sus siglas en inglés), además de una medicina esencial y un equipo básico inadecuados.

Al parecer estas deficiencias se habrían extendido a todo el país en todos los niveles del sistema de prestación de asistencia sanitaria. De

hecho, varios pacientes, incluyendo profesionales sanitarios, murieron debido a la ausencia de respiradores artificiales en las salas de emergencia (ER, por sus siglas en inglés) y en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Esta sorprendente confirmación por parte del Ministerio de Salud corrobora lo que los trabajadores han expresado durante años a través de su sindicato, la NAHWAL, lo que ha conducido a la victimización de los dirigentes del sindicato. Cabe preguntarse por qué estos visionarios líderes obreros, que pusieron de manifiesto estas dificultades mucho antes, están siendo castigados desde el principio. Ahora que el gobierno reconoce esta carencia, ¿existe alguna justificación para las medidas draconianas que se han tomado contra ellos por hablar sobre esta grave escasez?

La NAHWAL sigue denunciando condiciones laborales desfavorables para los trabajadores sanitarios, tales como realizar amplias jornadas (en algunos casos, 12 horas por turno) y personal limitado sobre el terreno. Otros desafíos comprenden la denegación de vacaciones anuales para muchos trabajadores sanitarios

públicos, el hecho de que miles de ellos trabajen sin sueldo como «voluntarios», la falta de seguridad social para los trabajadores sanitarios, las grandes disparidades salariales, la ausencia de comités de salud y seguridad laboral en los lugares de trabajo y la falta de paquetes de motivación para los trabajadores sanitarios quienes constituyen la piedra angular para lograr un sistema de salud resistente.

Si damos crédito a la historia del Parrot, solo están claras dos cosas:

1. El objetivo de Liberia de crear un sistema sanitario resistente se encuentra en peligro y
2. Esto significa que los trabajadores de atención sanitaria volverán a pagar el precio de sus vidas si algo como el Ébola resurgiera en el país.

La NAHWAL llama la atención del mundo sobre este frágil sistema de prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer su base de infraestructura. □



George Poe Williams, secretario general de NAHWAL. Foto: ISP

La corrupción ensombrece la prestación de servicios en el Centro Médico Federal de Nigeria



El camarada Ayuba Wabba, presidente de NLC, y otros dirigentes sindicales montaron piquetes frente al Ministerio de Salud de Abuja. Foto: MHWUN

Las prácticas corruptas ejercidas por parte de la Administración, con objeto de establecer APP, han ensombrecido la prestación de servicios en el Centro Médico Federal Owerri (FMC, por sus siglas en inglés), en el sureste de Nigeria. Los sindicatos desvelaron los actos llevados a cabo por altos funcionarios del Ministerio de Salud para encubrir varias irregularidades.

Esto motivó una serie de acciones masivas para presionar por que se utilizaran de manera sensata los fondos para el centro de salud y garantizar un proceso transparente de investigación de las denuncias, así como la ocupación de la sede del Ministerio Federal de Salud en Abuja, el 26 de enero.

Durante casi dos años, los sindicatos del sector sanitario se enfrentaron a una firme oposición por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud, que calificaban de normales los casos de corrupción desmedida en el FMC, bajo la supervisión del director médico, el Dr. Uwakwem.

La respuesta del Ministerio de Salud fue negar toda irregularidad financiera por parte del director médico. En lugar de ello, hizo hincapié en la oposición de los trabajadores a la

introducción de Asociaciones Público-Privadas en el Centro por parte del Dr. Uwakwem, supuestamente «para consolidar la transparencia y la responsabilidad». Pero lo que no entendió es que las APP suelen estar relacionadas con la corrupción. La situación que sufre el FMC Owerri constituye un ejemplo más que confirma este hecho.

Basándose en los esfuerzos de protección de los denunciantes realizados por los sindicatos, la Comisión de Delitos Económicos y Financieros (EFCC, por sus siglas en inglés) ha llevado a cabo investigaciones independientes. En base a sus conclusiones, procesó a la Dra. Uwakwem ante el Tribunal Supremo, el 11 de octubre de 2016, presentando una presunción prima facie de corrupción en su contra.

Resulta extraño que el Ministerio de Salud la readmitiera, por la fuerza, recurriendo a la policía. Los sindicatos han puesto de relieve que hay más cosas ocultas de lo que parece. Previamente alegaron que la Dra. Uwakwem había colaborado con altos funcionarios del Ministerio para apropiarse de los fondos presupuestados para el Centro. La APP que ella promovió, al igual que

numerosas APP, también constituyó una tapadera para desviar los tan necesitados fondos públicos a manos privadas.

Cuando los recursos destinados a los servicios de salud se desvían a bolsillos privados, la repercusión perjudicial que produce en millones de las personas más vulnerables es terrible. Fondos que podrían haberse utilizado para contratar a trabajadores sanitarios, adquirir medicamentos y proporcionar servicios de salud sumamente necesarios se pierden y van a parar a unas cuantas personas codiciosas. Irónicamente, este avance interesado se utiliza posteriormente para justificar la introducción de APP, lo que implica fomentar la corrupción y subvencionar los beneficios privados con fondos públicos.

Como principio, la ISP se opone a la corrupción en todas sus dimensiones. Resulta especialmente condenable cuando parece que se están manipulando instituciones que deben posicionarse como salvaguardias contra actos tan infames. Esta acción perjudica a la campaña anticorrupción del gobierno federal de Nigeria.

La ISP aplaude el valor de sus afiliadas y de otros sindicatos de Nigeria por oponerse a esta anomalía, y defender unos servicios públicos de calidad no mancillados por funcionarios corruptos.

Del mismo modo, la ISP indicó que se trataba de un caso más en la larga lista de APP fallidas, ampliando las sólidas pruebas de que las APP no funcionan, más bien afianzan la corrupción. □

Informes elaborados por Biobele-moye Josiah, Ojonugwa Ayegba (MHWUN) y Samson Eze (NANNM).

El 15 de febrero, en una de las vías más concurridas de Auckland, Nueva Zelanda, un movimiento sindical unido lanzó la campaña de la ISP sobre el derecho humano a la salud en la subregión de Oceanía, bajo el lema «Yes we care» (Sí nos importa). Algunos miembros de organizaciones afiliadas de la ISP, otros sindicatos y aliados de la sociedad civil se congregaron con docenas de pancartas de tamaño real con el fin de representar la brecha de empleo de 20 000 trabajadores sanitarios solo en Nueva Zelanda.

De acuerdo con los sindicatos de Nueva Zelanda, los 20 000 trabajadores sanitarios ausentes son resultado de un agujero valorado en 1.85 mil millones de dólares neozelandeses en el presupuesto sanitario nacional. La carga de este gasto no solo es asumida por los trabajadores sanitarios que se ven obligados a trabajar más para cubrir las necesidades existentes, sino por las comunidades y, especialmente, por los pueblos indígenas kiwis.

- Uno de cada nueve kiwis no puede permitirse acudir a un médico. Esto afecta a medio millón de personas.
- El tiempo de espera para cirugía ha aumentado en un 35% hasta 304 días, desde 2013.
- 170 000 kiwis que necesitan cirugía no se encuentran en lista de espera.
- Las derivaciones de problemas de salud mental han aumentado casi un 300% durante los últimos cinco años. Las personas que trabajan en el ámbito de la salud mental se esfuerzan por resolver esta situación.
- 1.85 mil millones de dólares equivale a 7 400 médicos ausentes o 27 750 enfermeras que no pueden ayudar a salvar vidas, o 111 000 operaciones de cadera que no se realizan.

La ISP lanza la campaña «El derecho a la salud» en la subregión de Oceanía



Manifestación en Auckland. Foto: #coalición YesWeCare

Glenn Barclay, uno de los secretarios nacionales de NZPSA, sostuvo que una reciente encuesta de consumidores sobre el coste de vida de Nueva Zelanda reveló que los gastos de salud constituían la mayor preocupación de los neozelandeses después de la vivienda.

Asumiendo una posición unida, «YesWeCare» insta al gobierno a que restablezca la financiación de la salud y garantice que todos los kiwis reciban la atención médica que precisan cuando lo necesiten.

Las afiliadas de la ISP en Oceanía convinieron en que esto se producía en toda la región. La Asociación de Enfermeras de Fiji trabaja con la Asociación de Enfermeras y Parteras de Nueva Gales del Sur y la Organización de Enfermeras de Nueva Zelanda con el propósito de reforzar los argumentos y obtener un mejor salario para las enfermeras de Fiji. Mantener unas escalas salariales bajas y obsoletas hace que las enfermeras de Fiji deseen trabajar en el extranjero, lo que dificulta la retención de la fuerza laboral.

Salome Moala, de la Asociación de Enfermeras de Tonga, habló de la repercusión que tiene la escasez de

médicos en las enfermeras, a las que se les pide cada vez más que cubran las necesidades. En Australia, los trabajadores sanitarios luchan contra la privatización de hospitales públicos y servicios para personas con discapacidad, quienes sufrirán la pérdida de personal mínimo obligatorio (la proporción entre enfermeras y pacientes) y la fragmentación de los servicios especializados.

En Nueva Zelanda y Australia, el recorte de gastos repercute en los servicios que ofrecen los trabajadores de servicios sociales, lo que incrementa la vulnerabilidad de sus comunidades. Un trabajador declaró que la realidad es que no disponen del dinero o de los recursos necesarios para realizar su trabajo.

Esto pone de relieve la necesidad de que la campaña mundial de la ISP sobre el Derecho humano a la salud inste a los gobiernos de todo el mundo a que inviertan en un futuro mejor para nuestras comunidades, destinando fondos a los servicios públicos sociales y de salud. □

Informes elaborados por Michael Whaites, secretario subregional de Oceanía.

La presión que ejerce Australia a favor de la salud privada está enfermando a los ciudadanos

Por Michael Whaites

El sistema de salud australiano suele considerarse como uno de los más eficientes y eficaces del mundo, debido a su sistema universal de Medicare. Medicare es un plan de seguros universal que inicialmente permitió la asistencia médica gratuita en el punto de acceso, independientemente de los ingresos, financiado por el sistema fiscal del país.

Una reciente evaluación comparativa llevada a cabo por The Commonwealth Fund reveló que Australia ocupaba el cuarto puesto de once países ricos (http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf). Y el régimen de Medicare ha mantenido el coste de la asistencia sanitaria para el gobierno y los ciudadanos comparativamente bajo, durante muchos años. Pero al rascar la superficie, vemos que no todo es lo que parece.

La revisión de The Commonwealth Fund también situó a Australia en el noveno puesto de los once en lo referente a los obstáculos económicos para acceder a la atención médica. Debido al constante aumento de copagos y a unos copagos más elevados, la asequibilidad de la asistencia sanitaria está disminuyendo en Australia. Esto sucede porque los sucesivos gobiernos han adoptado un enfoque neoliberal de la prestación sanitaria; un enfoque que transfiere la responsabilidad (los costes) de la atención sanitaria a las personas. Esta perspectiva difiere profundamente de los valores sindicales de solidaridad con los que sabemos que nos fortalecemos como comunidad.

En el marco de las políticas neoliberales estatales, se «alienta» económicamente a los australianos a suscribir un seguro de salud privado. Así pues, si se contrata un seguro privado después de los 30 años se aplican progresivamente cuotas

más elevadas, del 2% anual y unas cuotas aún más elevadas si no se suscribe ningún seguro de salud privado. Para fomentar la participación, el gobierno reembolsa posteriormente a los ciudadanos a través de las declaraciones de la renta (Plan de Reembolso del Seguro Médico Privado). Dicho reembolso cuesta al gobierno en torno a 6 mil millones de dólares australianos al año.

(ver <http://www.abc.net.au/news/2016-03-30/dumping-private-health-insurance-rebate-could-save-billions/7285428>).

Un dinero que podría emplearse en la prestación de atención sanitaria en lugar de acrecentar los beneficios de las compañías privadas de seguros médicos.

En 2014 se presentó una propuesta presupuestaria para aumentar los copagos de Medicare, una medida que muchos consideraron acertadamente como un intento de socavar el sistema de asistencia sanitaria universal y un avance hacia la privatización. La propuesta fue rechazada por una presión pública reiterada y sostenida.

No obstante, una tendencia creciente por parte de los gobiernos estatales, sobre todo del gobierno

del Estado de Nueva Gales del Sur (NSW), que consiste en privatizar el sistema de salud constituye el último ataque contra el derecho humano australiano a la salud.

La afiliada de la ISP, la Asociación de Enfermeras y Parteras de NGS (NSWNMA, por sus siglas en inglés), lucha actualmente contra la privatización de seis hospitales públicos entre otros servicios

(ver <http://www.nswnma.asn.au/get-involved/mapping-privatisations-in-nsw/>

para obtener un mapa de servicios de atención sanitaria privatizados en NGS). La privatización tiene lugar a pesar de que el Estado registra un superávit económico y de que el gobierno ha vendido su rentable red de transmisión de electricidad para «sufragar la infraestructura». El gobierno va a traspasar cinco hospitales públicos que serán gestionados de forma privada y otros dos se fusionarán en un hospital de propiedad y gestión privada.

La NSWNMA sostiene que la comunidad está legítimamente preocupada por la privatización de sus hospitales públicos. «La comunidad está empezando a entender que cuando privatizas pierdes el control,



Australia: rasque la superficie, y verá que no todo es lo que parece.
Foto: Caroline Taleb

pierdes la capacidad de responsabilizar al gobierno», afirma Judith Kiejda, secretaria general adjunta de la NSWNMA y coordinadora de la red de salud y servicios sociales de la región de Asia Pacífico de la ISP.

Otro de los temas que preocupan al sindicato son los niveles mínimos seguros básicos de dotación de personal de enfermería que en un sistema privatizado no quedarán garantizados. En 2010, el sindicato llevó a cabo una sólida campaña que movilizó a los miembros, obtuvo respaldo público, presionó a los políticos, y motivó una huelga de enfermeras y la clausura de camas de hospital en todo el estado. Gracias a esta medida se consiguió unos niveles mínimos seguros de dotación de personal de enfermería y partería en la mayoría de los hospitales públicos, obligando al gobierno a cubrir más de 1 400 puestos de trabajo a tiempo completo.

«Este logro se ve actualmente amenazado, pues los proveedores privados solo tienen que mantener estos niveles mínimos seguros de personal durante dos años», sostiene Judith, aclarando que, en este momento, la dotación solo se mantiene en un hospital privado. «Por consiguiente, además de la pérdida de la seguridad laboral, unos salarios más bajos y peores condiciones para las enfermeras del sector público, la comunidad perderá niveles de atención basados en pruebas debido a la dotación de personal se verá paulatinamente reducida».

Pero el sindicato realiza una intensa campaña para evitar que avance la privatización. Las enfermeras y las parteras acuden a sus comunidades para aumentar la concienciación y conseguir apoyo. Han llevado esto a cabo mediante foros públicos, asistiendo a mercados y celebraciones locales y organizando reuniones comunitarias. Los miembros del sindicato también presionan a sus políticos locales para que se revoque la decisión.

Efectivamente, aumenta la indignación ante la privatización en Australia. Un reciente artículo de la edición australiana de The Guardian

(<https://www.theguardian.com/>

[commentisfree/2017/mar/06/from-public-good-to-profit-margin-how-privatisation-is-failing-our-communities](https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/mar/06/from-public-good-to-profit-margin-how-privatisation-is-failing-our-communities)) informó sobre una iniciativa conjunta de la ISP «La encuesta popular sobre privatización». El informe de la investigación se presentará en abril/mayo de este año, pero ya está claro que la comisión independiente a cargo de la investigación puso de manifiesto algunas consecuencias de la privatización profundamente preocupantes. Por ejemplo, las pruebas que se proporcionaron a los investigadores revelaron que, hasta la fecha, ha

fracasado la privatización de siete hospitales públicos, lo que hace que tengan que volver a ser gestionados por el Estado.

Si se pretende revertir la tendencia de la privatización en la asistencia sanitaria en Australia, los sindicatos y nuestros socios de la sociedad civil tendrán la responsabilidad de aprovechar la indignación de la comunidad ante la privatización y nuestra esperanza común por lograr un mundo mejor. Todos los indicios apuntan a que la clase obrera está dispuesta a luchar. □

Malasia: proteger a los trabajadores sanitarios en el sector privado



Taller de enfermeras malasias: ¡Salud de calidad para todos! Foto: MNU

Malasia se jacta de ofrecer a su población uno de los mejores servicios de salud del mundo en términos de calidad y accesibilidad. No obstante, el aumento del coste para mantener sus servicios de calidad está resultando una gran carga financiera.

Actualmente los servicios públicos se prestan a un coste muy bajo. En el marco de las iniciativas del gobierno y, especialmente, mediante su programa de transformación económica, ha mejorado la accesibilidad a los buenos servicios de salud. Se están modernizando las instalaciones sanitarias actuales y se están construyendo más clínicas para garantizar que nadie se vea privado de acceso a los servicios de atención sanitaria por la imposibilidad de pagar.

Mientras que los trabajadores sanitarios de los centros de salud estatales están bien representados por los sindicatos, que velan por el bienestar de sus miembros, no ocurre lo mismo con los trabajadores sanitarios del sector privado. Por lo tanto, se debe emprender un gran esfuerzo organizado para que esta categoría de trabajadores quede protegida por los sindicatos, puesto que actualmente no existe un sindicato nacional que proteja los intereses de los trabajadores sanitarios del sector privado.

Las instalaciones sanitarias privadas se han multiplicado en los últimos años y esto ha hecho que se contrate a muchos más trabajadores dentro y fuera del país. No se sabe mucho sobre estos trabajadores y no existe ninguna iniciativa

El 30 de enero, la Asociación de Trabajadoras sanitarias y Empleadas de All Sindh (ASLEHWA, por sus siglas en inglés), la ISP y la Workers' Education and Research Organisation (WORU) organizaron una reunión pública en Karachi sobre «Las repercusiones socioeconómicas del retraso de salarios en las trabajadoras sanitarias y sus familias» y «El acoso sexual de las trabajadoras sanitarias en el lugar de trabajo y sobre el terreno» con el propósito de compartir las conclusiones de dos estudios que se publicarán muy pronto.

Los investigadores Moniza Inam, periodista veterana del periódico Dawn y Sohail Javed, del Centro de Investigación en Economía Aplicada de la Universidad de Karachi, presentaron los resultados sorprendentes de una investigación que analizó dos aspectos esenciales de la vida y del trabajo de las LHW.

Las trabajadoras sanitarias (LHW, por sus siglas en inglés) forman parte del Programa nacional para la planificación familiar y la atención sanitaria primaria, iniciado en 1994. Bajo este programa, las mujeres proporcionan planificación familiar, cuidado prenatal y neonatal, servicios de inmunización y otros servicios de salud fundamentales para los niños y las mujeres en la comunidad. Se ha demostrado que las tasas de mortalidad materna e infantil son más bajas en las zonas donde las LHW participan activamente.

Las conclusiones de la investigación recogen que el 63% de las encuestadas constituyen el único sostén económico de la familia. No obstante, registraron un ingreso mensual medio de 15 245 PKR (137 euros), mientras que su gasto mensual ascendía a 29 567 PKR (265 euros). Las descripciones inciertas de puestos de trabajo, las largas jornadas laborales y los viajes erráticos son otras dificultades a las que se enfrentan regularmente. Normalmente los salarios no se pagan a tiempo, y la Asociación de Trabajadoras Sanitarias y Empleadas de All Sindh (ASLEHWA, por sus siglas en inglés) ha desempeñado un papel determinante a la hora de presionar al gobierno para desbloquear los salarios.

El programa constituye un importante empleador de mujeres en el sector no

En Pakistán, los trabajadores comunitarios sanitarios ponen sus problemas sobre la mesa

Por Susana Barria



Shama Gulani, secretaria general de ASLEHWA, se dirige a los asistentes de la reunión de Karachi. Foto: ISP

agrícola de las zonas rurales. En Pakistán hay 125 000 trabajadoras sanitarias, de las cuales 22 576 se encuentran en Sindh.

Su trabajo les permite superar la división de género en el espacio público y privado en una sociedad con una arraigada tradición patriarcal. Resulta doloroso que esto haya llevado a las LHW a sufrir humillación y maltrato verbal por parte de los miembros de las comunidades donde ejercen, violencia doméstica en el hogar y acoso sexual en el trabajo por sus compañeros en el sistema sanitario y sobre el terreno cometidos por miembros de la comunidad.

La mayoría de estos casos no se denuncian por temor a las repercusiones. En muchos casos, las LHW de-

clararon que les preocupaba que sus familias les pidieran que abandonaran el trabajo o incluso que las repudiaran. Los casos de violencia extrema abarcan asesinatos orquestados por grupos fundamentalistas religiosos, que se estiman en 22 muertes desde 2012.

Las recomendaciones comprendieron la revisión de las estructuras salariales para que sean acordes a las cualificaciones profesionales, varias campañas de concienciación entre las LHW y sus compañeros del sistema sanitario sobre leyes y mecanismos relativos a la protección contra el acoso sexual. Por otra parte, deben ponerse en marcha mecanismos en los distintos distritos para supervisar los actos de violencia y acoso sexual cometidos por miembros de la comunidad. □

conocida para agruparlos bajo un solo sindicato. Esto ha causado mucha preocupación entre estos trabajadores sanitarios.

La central sindical nacional debe realizar un auténtico esfuerzo coordinado para considerar la creación de un sindicato para los trabajadores sanitarios privados, dado que el sector sanitario del país sigue creciendo, especialmente mediante la promoción del turismo médico.

A pesar de que Malasia cuenta con una legislación nacional sobre el

salario mínimo para los trabajadores en el país, todavía sigue siendo necesario que los sindicatos desempeñen su papel de manera efectiva para que los trabajadores disfruten de unas buenas condiciones laborales y salariales por prestar servicios públicos de salud de calidad a la población. □

Informe elaborado por Nor Hayati Abd Rashid, presidenta del Malayan Nurses Union (MNU), Malasia.

¡Nuestra salud no está en venta!



Los sindicatos del sector público en una manifestación de la Jornada de Acción Europea. Fotografía: EPSU

Los sindicatos del sector público se manifestarán activamente en toda Europa el 7 de abril, Día Mundial de la Salud, en la segunda Jornada de Acción Europea contra la comercialización, la mercantilización y la privatización de la asistencia sanitaria. El Día Mundial de la Salud ha sido “elegido por los usuarios y los trabajadores de la salud, los colectivos ciudadanos, los sindicatos y las ONG para llevar a cabo una manifestación en contra de la comercialización de la salud”. (Véase <http://www.altersummit.eu/accueil/article/april-7-european-day-of-action>)

Decenas de miles de mujeres, hombres y jóvenes se manifestaron en casi una docena de ciudades y pueblos el año pasado en respuesta al llamamiento emitido por la Red europea contra la privatización y la comercialización de la salud y de la protección social. Se espera que este año haya muchos más participantes en las acciones masivas destinadas a ejercer presión con el fin de que se respete la salud en calidad de derecho humano fundamental, que solo puede lograrse con una asistencia sanitaria pública universal.

Las afiliadas de la ISP en Europa que son miembros de la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) se manifiestan junto con organizaciones cívicas y ONG “contra las consecuencias de la privatización, la mercantilización y la comercialización de los servicios sociales y de la salud sobre la fuerza laboral del sector, sobre los pacientes/usuarios/ciudadanos y sobre nuestras sociedades” en diferentes países europeos. La FSESP organizará un evento público en Bruselas.

Consistirá en una mesa redonda con sindicatos belgas y otras organizaciones que luchan contra la mercantilización y la comercialización de la salud y de otros cuidados y en favor del derecho humano a la asistencia sanitaria (véase <http://www.epsu.org/article/european-action-day-against-commercialisation-marketisation-and-privatisation-health-care-2>). El debate proporcionará pruebas desde una perspectiva sindical sobre los efectos negativos de la mercantilización de la asistencia sanitaria con respecto al derecho humano fundamental a la salud.

Los oradores también irán un paso más allá para poner de relieve lo que los sindicatos han hecho y todavía pueden hacer, en calidad de organizaciones de trabajadores y en colaboración con otras organizaciones de la sociedad civil, para hacer retroceder el régimen neoliberal, que está minando los logros alcanzados a lo largo de varias décadas en la promoción de la sanidad pública universal.

Ahora más que nunca los sindicatos y otras organizaciones cívicas deberían defender y movilizarse en torno al eslogan “NUESTRA SALUD NO ESTÁ EN VENTA” y luchar para hacer realidad el derecho a la salud, en calidad de eje fundamental de nuestro bienestar como seres humanos. Se trata de una lucha a favor de las personas por encima de los beneficios. □

Con informes de Mathias Maucher, responsable de políticas en materia de servicios sociales y de la salud de la FSESP.

Las inminentes reformas de la atención sanitaria y la asistencia social en Finlandia



Proporcionando asistencia social. Fotografía: JHL

El sector de los servicios sociales y de la salud de Finlandia va a ser objeto de reformas importantes. La responsabilidad de la prestación de los servicios que ahora recae en los 313 municipios finlandeses se transferirá a 18 regiones autónomas (áreas sociales y de la salud [SOTE]) que se crearán de aquí a 2019. Las reformas también incluirán la expansión de los intereses del sector privado con ánimo de lucro en el ámbito de la prestación de servicios sociales y de la salud, lo cual tendrá consecuencias adversas para la población.

El programa de la reforma fue desvelado por el primer ministro Juha Sipilä el pasado mes de junio, en un paquete legislativo de 600 páginas. Éste refleja el objetivo de privatizar los servicios públicos y de contar con una amplia participación de proveedores privados de servicios en la asistencia sanitaria pública. Los servicios auxiliares como los servicios de restauración y limpieza serán entregados a empresas propiedad de las áreas SOTE, y se promoverá una mayor dependencia en los proveedores privados.

La cobertura médica y social universal financiada públicamente ha sido un importante pilar del estado de bienestar finlandés. Los finlandeses avalan la alta calidad de la atención sanitaria, habida cuenta de que el promedio del 88% de la población han expresado su satisfacción con el sistema de salud del país en comparación con la media de la UE del 41,3%.

Esto no es sorprendente, teniendo en cuenta el estado de salud del país. La esperanza de vida ha mejorado notablemente en las últimas décadas, que ha aumentado hasta los 84 años para las mujeres y los 78 años para los hombres. La mortalidad infantil y la mortalidad materna también se encuentran entre las más bajas del mundo. El programa de vacunación es igual de excelente, puesto que el 99% de los niños menores de 2 años son vacunados contra la tos ferina y el sarampión.

A pesar de estos éxitos rotundos de la asistencia médica universal, se han aducido argumentos para proponer reformas desde la década de los noventa. En 2008 se concibieron medidas de gran envergadura, pero no pudieron llevarse a cabo con éxito.

Los defensores de la reforma parecen decididos a abordar las desigualdades sociales. Hay largas listas de espera para algunos procedimientos médicos específicos en los centros públicos de asistencia sanitaria, que los grupos de altos ingresos evitan recurriendo a los proveedores privados y a vías rápidas para el cuidado de la salud laboral que benefician a los profesionales.

El aumento de los gastos de la atención médica, en parte debido al envejecimiento de la población, también ha servido de pretexto para las reformas. Esta situación ha dado lugar a un aumento del gasto destinado a la sanidad en relación con el PIB, que ha aumentado del 6,9% (14.000 millones

de euros en precios fijados de 2014) en 2000 al 9,6% (21.000 millones de euros) en 2015. Pero esta cifra es solo ligeramente superior a la media de la OCDE del 9,1%. El argumento del estado, sin embargo, ha sido que está previsto que la reforma permita ahorrar 3.000 millones de euros al año de aquí a 2030.

Estos objetivos son idealistas; la reforma tiene algunos elementos útiles. Por ejemplo, las áreas SOTE, que toman como base las estructuras de salud secundarias existentes de las regiones, ayudarían a consolidar la puesta en común de los recursos para la prestación de los servicios. Los reembolsos de KELA (Instituto de la Seguridad Social) de parte del estado a los proveedores privados para los gastos médicos de los ciudadanos serían suprimidos, con lo que se pondría fin a la subvención de la atención privada por parte de los presupuestos públicos.

Pero, hay motivos de preocupación con respecto a la función que está previsto que desempeñen los proveedores privados en el marco del nuevo régimen del sistema de la salud. Es probable que lleven las riendas, debido al supuesto aumento de las "posibilidades de elegir" entre el acceso a la asistencia proporcionada por los proveedores privados o los públicos. Mientras tanto, muchas de las empresas de servicios sociales y de salud privadas son propiedad de los fondos de capital internacionales y algunas también son conocidas por su predilección por evadir el pago de impuestos y por los paraísos fiscales. (Véase http://www.jhl.fi/portal/en/jhl_info/news/?bid=6441).

Todavía se desconoce cómo va a ser la nueva estructura administrativa para la prestación de la atención a la salud, así como el impacto de cambiar el aspecto de la administración por lo que se refiere a los términos y condiciones de empleo de los trabajadores. Los sindicatos como JHL y Tehy creen que esto podría "dar lugar a recortes en los salarios y los beneficios".

Lo que es seguro es que la prestación de servicios de salud se fundamentará a partir de ahora en la lógica

sigue página 16

desde pág. 15

de la competencia, en lugar de fundamentarse en el enfoque basado en los derechos sobre el que se apoya la consolidación de la sanidad pública universal desde 1929. Las empresas que serán establecidas por las áreas SOTE deberán competir con los proveedores de salud privados, lo cual dejará la puerta abierta a la mercantilización de la salud.

Esto supondría un retroceso. Es esencial que el estado finlandés consolide la coordinación y la financiación de los servicios públicos de la atención sanitaria y la asistencia social. La liberalización del sistema de salud, al igual que la liberalización de la economía en los años ochenta, probablemente traerá consigo consecuencias adversas para la mayoría de los finlandeses.

La oleada de remunicipalizaciones, debido a que más de 100 municipios han tenido que cancelar sus contratos de externalización con los proveedores privados por cuestiones de calidad y precio, permite hacerse una idea de los peligros que se avecinan si no se toman las garantías necesarias para proteger la salud pública.

Resulta también revelador que cinco grandes empresas multinacionales controlen el 72% del mercado de la externalización de los servicios sociales y de salud, que actualmente asciende a 5.000 millones de euros. Es evidente que lo que surgiría de estas circunstancias sería un oligopolio de las grandes empresas del ámbito de la salud, impulsadas por el afán de lucro.

Ya es hora de tomar las medidas necesarias para garantizar que el derecho a la salud de la inmensa mayoría de la población en Finlandia no sea sacrificado en aras de las reformas que benefician a los intereses privados. Ha llegado el momento de asumir un compromiso crítico con el programa de reformas y rechazar sus componentes que conducen a este peligro inminente. □

Con informes de Eveliina Petälä y Heikki Jokinen (JHL), y Sari Koivuniemi (Tehy).

El SNS está en crisis – y es un desastre provocado por las decisiones del propio gobierno

por Dave Prentis, Secretario General, UNISON



Miembros de UNISON en la manifestación nacional del 4 de marzo.
Fotografía: UNISON

En mayo de 2015 el gobierno conservador del Reino Unido fue elegido después de haber prometido financiar adecuadamente el SNS. Desde entonces, los ministros han repetido –una y otra vez– que se destina dinero suficiente a nuestro sistema de salud.

Con casi medio millón de miembros en el ámbito de la atención sanitaria, sabemos que esto simplemente no es cierto y empiezan a aparecer las primeras grietas en la fachada.

Recientemente, se reveló que este invierno nueve de cada diez hospitales habían tenido que hacer frente a problemas de hacinamiento –una señal de fuego infalible de que la insuficiente financiación del gobierno está empezando a afectar al cuidado de los pacientes. Los tiempos de espera están aumentando. Y hay un déficit de tesorería generalizado que obliga a tomar decisiones difíciles con respecto al personal en todo el país. Mientras tanto, el número de solicitantes de cursos de enfermería ha experimentado una drástica caída tras la supresión de la beca del SNS, lo que dará lugar a más problemas a largo plazo y exacerbará la ya de por sí grave escasez de personal de enfermería.

La presión a la que está sometido el SNS es aún mayor porque la atención social –que ha sido objeto de recortes en términos reales por parte del gobierno desde 2010– se está derrumbando por el peso de una población que envejece y de una escasez de recursos.

Esta situación tiene un impacto sobre el SNS, ya que hay cada vez más pacientes ancianos atrapados en las salas de los hospitales porque no pueden ser atendidos en otros lugares.

Y, por supuesto, está el pernicioso y perjudicial límite salarial, que mantiene los salarios de los trabajadores de salud a la baja y perjudica la moral y la contratación al mismo tiempo.

El término crisis suele usarse de forma excesiva, pero describe de una manera perfectamente razonable la situación de nuestro Sistema Nacional de Salud en 2017. Este contexto era totalmente previsible –es un desastre provocado por las decisiones del propio gobierno. Y a continuación, por si fuera poco, según algunos informes, las modificaciones en las tasas comerciales podrían costar 600 millones de libras esterlinas al SNS, ya que los “me gusta” de Amazon permiten ahorrar dinero. En un momento en que nuestro SNS necesita realmente ayuda y recursos, el gobierno está ofreciendo discretos recortes a los presupuestos.

Éstas son solo algunas de las razones por las que las sucursales de UNISON de todo el Reino Unido participaron activamente en la manifestación nacional en defensa del SNS, que tuvo lugar el 4 de marzo en Londres –para oponerse a la privatización y a los recortes en nuestro sistema sanitario y luchar por salvarlo para las futuras generaciones que lo necesitarán tanto como lo necesitamos nosotros. □

Garantizar una dotación de personal eficiente y segura en los servicios públicos franceses



Los enfermeros son asfixiados: ¡Dejadnos respirar! Fotografía: doubichlou14

La salud, la seguridad y el bienestar de los pacientes dependen principalmente de la fiabilidad y la precisión de los métodos de dotación de personal de la salud. Esto puede parecer obvio y sin embargo...

La Internacional de Servicios Públicos dio la voz de alarma en junio de 2015 y la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) organizó una primera reunión sobre este tema que tuvo lugar en Berlín en noviembre de 2016. Esta reunión permitió a los sindicatos de diferentes países intercambiar opiniones sobre cuestiones de personal desde una perspectiva internacional. La cuestión sigue siendo que la mayoría de los sistemas de dotación de personal de la salud se utilizan principalmente para reducir costes.

En un contexto de políticas de austeridad y recortes presupuestarios, las administraciones de los hospitales están sometidas a una presión cada vez mayor para reducir significativamente los gastos de personal. Como consecuencia de ello, la capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar unos servicios de salud seguros y fiables se ha visto seriamente limitada. La ratio enfermera/pacientes está por debajo de los umbrales de seguridad, y esta

situación expone a los pacientes a riesgos importantes y contribuye al agotamiento del personal.

La experiencia demuestra que la escasez de personal genera una alta rotación de personal, ausentismo y malas condiciones de trabajo. El personal que trabaja intenta compensar la carga de trabajo en detrimento de sus descansos y comidas, o trabaja horas extras (a veces no remuneradas), lo cual contribuye al malestar general de no ser capaz de realizar su trabajo adecuadamente.

Una dotación de personal eficaz y segura debe tener en cuenta el tamaño de la fuerza de trabajo, pero también la combinación de competencias y perfiles que reflejan las variaciones locales con respecto a las necesidades en materia de salud. El sistema debe ser fácil de ejecutar, obligatorio y debe ser supervisado. Frente al problema crónico de contratación y retención de personal, Australia y Nueva Zelanda han establecido unos criterios específicos para evaluar la carga de trabajo por servicio. La mayoría de hospitales de Finlandia utilizan una herramienta que proporciona información sobre las necesidades del personal por paciente cada 24 horas. La dotación de personal segura y eficaz constituye una oportunidad para redefinir

la organización del trabajo con el fin de garantizar unas condiciones de trabajo decentes.

El personal:

- está estrechamente vinculado a la calidad de los servicios en los centros de atención sanitaria;
- ocupa un lugar fundamental en el cabildeo por mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales;
- pueden desempeñar un papel de liderazgo en los sistemas de acreditación.

Para obtener una dotación de personal segura y adecuada, "cuenten con nosotros".

Inspirada en un estudio llevado a cabo durante varios años por UNISON (Reino Unido), la Federación CFDT Salud-Social (Francia) va a iniciar este año una encuesta al personal de salud para conocer sus condiciones de trabajo en un período de 24 horas. Tanto a nivel nacional como europeo, tenemos que seguir compartiendo nuestras experiencias en materia de personal con el fin de construir una sólida posición negociadora de los sindicatos. □

Alemania se aproxima a una dotación de personal de la salud segura y eficaz



“No parece que estés muy bien, ¿llamo a una enfermera?” – “Yo soy la enfermera”. Imagen: ver.di

En Alemania, durante la primera semana de marzo se dio un paso más hacia una dotación eficaz y segura de personal de la salud. El comité de expertos sobre “el personal de enfermería del ámbito hospitalario” del Ministerio Federal de la Salud publicó un informe que afirmaba que la calidad del cuidado que reciben los pacientes se ve afectada por los niveles de dotación de personal. También reclamaba unos niveles mínimos obligatorios de dotación de personal de enfermería para garantizar una atención segura y eficaz en los hospitales.

Esto constituye un reconocimiento de la campaña de Ver.di en defensa de una dotación de personal efectiva y segura para la salud (SESH, por sus siglas en inglés). La consejera federal del sindicato, Sylvia Buehler, acogió con satisfacción este acontecimiento e hizo hincapié en que la competencia del mercado no puede dar lugar al establecimiento de este tipo de normas necesarias para la prestación de atención de unos servicios de salud de calidad (véase <https://gesundheit-soziales.ver-di.de/themen/mehr-personal/+++co++34a3015c-033e-11e7-badc-525400940f89>). También señaló

que la postura adoptada actualmente por el Ministerio Federal era en gran medida consecuencia del cabildeo basado en pruebas concretas y de las numerosas acciones de protesta de Ver.di.

El sindicato presentó en 2015 una petición al gobierno, en la que reclamaba que se realizara una evaluación formal del personal que era necesario para la prestación de una asistencia sanitaria de calidad. Además de organizar actividades para los miembros y los funcionarios gubernamentales de Alemania, en noviembre de 2016 también acogió un taller de la Federación Sindical Europea de Servicios Públicos (FSESP) sobre la dotación de personal segura y eficaz para la salud. En ese taller, los sindicatos de los servicios sociales y de la salud de diferentes países de Europa, así como funcionarios del ministerio de la salud, compartieron sus experiencias y opiniones sobre las ventajas y la necesidad de tener unos niveles mínimos obligatorios de dotación de personal.

A través de una investigación exhaustiva realizada por expertos, ver.di reveló la existencia de una carencia de 162.000 puestos de trabajo

a tiempo completo en los hospitales alemanes, de los cuales 70.000 son de enfermería. Si bien el paso dado por el gobierno para reducir esta brecha es encomiable, no es exhaustivo. El aumento de los niveles de dotación de personal, desde la perspectiva del informe, debe limitarse a los ámbitos que el comité de expertos señaló que eran sensibles para la prestación de los cuidados, tales como las unidades de cuidados intensivos y los turnos de noche. Pero las condiciones de trabajo en los hospitales, en general, son cada vez más precarias, ya que el personal de enfermería y otros profesionales de la salud están sobrecargados de trabajo debido al nivel inadecuado de dotación de personal.

Ver.di está pidiendo la aplicación de unos niveles mínimos de dotación de personal, en consonancia con los ratios internacionales enfermera/pacientes, con el fin de prestar una atención médica segura y eficaz. La ISP apoya plenamente esta petición como un punto fundamental para defender el derecho a la salud en Alemania. □

La campaña de la ISP sobre el derecho a la salud proporciona una plataforma importante para que las afiliadas del Caribe refuercen su atención y sus actividades relativas a una multitud de problemas con los que se enfrentan los trabajadores de la salud y los pueblos caribeños. A pesar de haber logrado notables avances con respecto a la situación sanitaria de las poblaciones caribeñas a lo largo de los años, la prestación de unos servicios de salud de calidad, teniendo en cuenta el coste cada vez mayor de los medicamentos y la atención médica, sigue siendo un gran desafío. Esta situación está fomentando la petición de los socios para el desarrollo de que haya más asociaciones público-privadas (APP) en el ámbito de la salud.

Durante la reunión del Comité Consultivo Subregional (SUBRAC) de 2017, celebrada en Kingston, Jamaica, las afiliadas de la ISP que representan a los trabajadores de todas las disciplinas de la atención médica revisaron y analizaron los resultados de la reunión de diciembre de 2016 del Grupo de Trabajo sobre los Servicios Sociales y de Salud. Las afiliadas apoyan sin reservas la campaña en defensa del derecho a la salud y constatan especialmente que la financiación de la atención a la salud en el Caribe es un tema fundamental. Las afiliadas también reconocieron el papel central y de coordinación que desempeñan los gobiernos nacionales así como la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés) (<http://carpha.org/>). Como primer paso en su trabajo, el grupo director sobre los servicios sociales y de la salud de la subregión fomentará las relaciones de la ISP con la Agencia y defenderá el programa de la salud pública en el Caribe.

La Cooperación del Caribe para la Salud (CCH, por sus siglas en inglés) es el marco regional a través del cual los estados miembros de la Comunidad del Caribe (CARICOM, por sus siglas en inglés) cooperan los unos con los otros, con las instituciones regionales y con los socios para el desarrollo con el fin

El derecho a la salud pública

por Sandra Massiah



Lloyquita Symmonds, BPSU, Bermudas, copresidenta del Grupo Director sobre SSS del Caribe, presenta opiniones y propuestas al SUBRAC 2017. Fotografía: ISP

de mejorar la salud y el bienestar de los pueblos del Caribe. El objetivo es promover actividades colectivas y de colaboración para resolver los importantes problemas en materia de salud, que pueden afrontarse mejor mediante un enfoque regional. En 2016, los funcionarios del sector de la salud del Caribe y otras partes implicadas establecieron las áreas prioritarias de una nueva fase (Fase 4) de la CCH:

1. Los sistemas de salud para la cobertura sanitaria universal
2. Unos entornos seguros, fuertes y saludables para mitigar el cambio climático
3. La salud y el bienestar de los pueblos del Caribe a lo largo de toda la vida
4. Los datos y las evidencias para la toma de decisiones y la rendición de cuentas
5. Las asociaciones y la movilización de recursos para la salud

Esta fase también está alineada con los objetivos de desarrollo sostenible,

así como con los planes de desarrollo regional destinados a alcanzar los objetivos mundiales, especialmente el objetivo 3 (véase <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>).

Winnifred Meeks (JALGO), representante de los servicios sociales y de la salud de la subregión en el Grupo de Trabajo sobre los Servicios Sociales y de Salud dice:

“Todos nosotros tenemos problemas que son propios de nuestro país y somos conscientes de que la acción nacional es muy importante. Al mismo tiempo, no podemos ignorar el hecho de que las decisiones que se toman a nivel regional y la política regional resultante orientan lo que sucede en cada uno de nuestros países. Por lo tanto, tenemos la intención de abordar esta campaña al nivel de la CARICOM, y también a nivel nacional”.

El 2 de julio es el Día de la Salud Pública del Caribe. Las afiliadas de la ISP en el Caribe iniciarán formalmente su campaña ese día. □

Argentina: paro nacional de salud y la campaña “No a la CUS”

por Jorge Yabkowski



La coalición “NO a la CUS” integrada por ATE, CTA, FESPROSA, la Federación de Medicina General y otras organizaciones se reunió en Buenos Aires el 9 de marzo, tan solo 48 horas después de la huelga nacional del sector de la salud contra los topes salariales y en defensa de un incremento salarial en línea con la inflación y de las negociaciones sin límites. La huelga del sector de la salud de los días 6 y 7 de marzo coincidió con una huelga de docentes y una huelga general.

¿Cuál es el problema con la CUS?

La Cobertura Universal de Salud (CUS) es la política defendida por el gobierno encabezado por el presidente Mauricio Macri, que llegó al poder con un eslogan de “cambio”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial promueven esta política desde 2005. El término “cobertura” es sinónimo mundialmente de aseguramiento.

La CUS es una política de seguro mínimo cuyos pagos se basan en una canasta de bienes básicos.

Su objetivo es evitar que las familias “caigan en gastos catastróficos por eventos de salud”. Ese es el concepto central de la OMS. Sin embargo, esto significaría que “las familias” no tendrían acceso a un sistema de salud gratuito y de calidad en caso de enfermedad. Nosotros combatimos las políticas de seguro-cobertura del Banco Mundial y en su lugar pedimos un servicio financiado por el gobierno, en el que la atención sanitaria gratuita, de calidad, universal (para toda la población) e integral (de la atención primaria hasta los trasplantes) esté prestada por las instituciones estatales.

¿Qué defendemos?

El sistema que defendemos puede resumirse con la frase “todo el mundo tiene derecho a la salud y el estado tiene la obligación de propor-

cionar la asistencia sanitaria”. Con la CUS los ricos recibirán una atención médica privada y de lujo mientras que los pobres solo tendrán acceso a unas prestaciones mínimas. Además, los grandes actores financieros (MAPFRE por ejemplo) verán en el seguro de salud una gran oportunidad de negocios. Para FESPROSA, LA SALUD ES UN DERECHO Y NO UNA MERCANCÍA.

Es por ello que estamos en contra de la política de seguro médico del gobierno, a pesar de que ahora se le haya agregado de manera perversa la palabra universal. Estamos en contra de los anteriores programas del Banco Mundial –SUMAR y NACER. Ahora rechazamos el engañoso eslogan del Banco Mundial y la Fundación Rockefeller “La CUS para todos en 2030”. Luchamos por un sistema de salud pública verdaderamente universal, integral, gratuito y de calidad. □

Nuevos ataques contra el derecho a la salud en Brasil



Ambulancias del SAMU en Brasil

En una reunión del Comité de Salud de la Cámara Municipal de São Paulo celebrada a finales de febrero, los trabajadores del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) criticaron al alcalde, João Doria (PSDB), por su plan para transferir la atención médica a “organizaciones sociales” privadas. Las estaciones del SAMU que están diseminadas por toda la ciudad serán cerradas y el personal será trasladado a las Unidades Básicas de Salud (UBS), a las Unidades de Pronta Atención (UPA) y a otras instalaciones municipales.

Éste es, en efecto, un paso adelante en el objetivo del estado de privatizar este servicio público que ha servido de línea de ayuda para atender la salud de millones de personas de la mega-ciudad. Alentado por la escandalosa legislación nacional aprobada en diciembre para poner un tope a la financiación pública de los servicios de educación y salud, el alcalde de São Paulo, João Doria, ha defendido con tenacidad la consecución de su objetivo de privatizar el SAMU, así como de cerrar las farmacias del Sistema Único de Salud (SUS).

La reunión del Comité de Salud brindó a los trabajadores y a los miembros de las comunidades la oportunidad de expresar su descontento por estos nuevos ataques contra el derecho a la salud. Sin embargo, el secretario de salud, Wilson Pollara, que iba a representar al gobierno de

São Paulo en la reunión, optó por no asistir, al verse incapaz de justificar las indefendibles razones de las medidas adoptadas.

Una trabajadora del servicio de la salud, Gláucia Fernandes dos Santos, dijo que Doria afirma que la “reforma” duplicará el número de vehículos disponibles. “Dice que el servicio mejorará, lo cual no es cierto. Solo mejorará cuando disminuya la carga de trabajo en los hospitales y los servicios de emergencia. Si esto no sucede, ¿quién va a recibir y a cuidar a las personas transportadas por el SAMU?”, preguntó.

Gláucia dijo que la propuesta desmoraliza a los equipos que ya están sometidos a un gran estrés en su trabajo debido a que los recursos e infraestructuras son deficientes. “El gobierno federal dijo que proporcionaría recursos, pero nunca llegaron. ¿Qué está sucediendo?”, preguntó.

Eduardo Suplicy (Partido de los Trabajadores – PT) está en contra de que se transfiera la gestión del SAMU a las organizaciones sociales y está instando a la gente a firmar la petición: “Di No a la Privatización y a los Cambios en el SAMU en São Paulo”.

Además de los trabajadores del SAMU, la reunión también contó con la presencia de miembros de los movimientos sociales, miembros del Consejo Municipal de Salud, otros empleados del sector de la salud y dirigentes sindicales que querían

pedir cuentas a Wilson Pollara y estuvieron decepcionados por su ausencia.

La secretaria adjunta, Maria da Glória Zenha Wieliczka, que vino en su lugar, no respondió a ninguna de las preguntas que se le hicieron. Utilizó la estratagema de presentar un extenso informe financiero de los últimos cuatro meses e ignorar la larga lista de críticas y preguntas presentadas por las personas que habían expresado su voluntad de intervenir. Al final, dedicó tan solo diez minutos a abordar algunas de las preguntas candentes planteadas. Después de que muchos de los presentes insistieran en que se celebrara una nueva reunión, ésta fue programada para el 10 de marzo.

La secretaria adjunta respondió a las preguntas relativas a los polémicos programas llevados a cabo bajo la administración de João Doria (PSDB), entre ellos el cierre de las farmacias en las UBS; la “colaboración” con los laboratorios farmacéuticos para la “donación” de los medicamentos que están a punto de alcanzar su fecha de caducidad a cambio de beneficios fiscales; los problemas para obtener una cita médica en el marco del programa Corujão; y la externalización del SAMU.

Con el apoyo de los presentes en la reunión, las concejalas Juliana Cardoso (PT) y Samia Bonfim (PSOL) reiteraron la necesidad de que se convoquen audiencias públicas para discutir la propuesta de que las farmacias comerciales distribuyan medicamentos y la colaboración para la denominada donación de medicinas. El Comité de Salud rechazó una solicitud oficial presentada por Juliana anteriormente en el mes de febrero.

La situación en Brasil, con respecto a los derechos fundamentales, y en particular con respecto al derecho a la salud, es actualmente bastante grave. Pero las afiladas brasileñas de la ISP no se sienten acobardadas. Respondaremos a las masas populares y haremos todo lo posible para ejercer nuestro liderazgo con el fin de reivindicar el acceso a la salud pública de calidad. □

Las ratios de seguridad: una lucha sindical en defensa de los trabajadores de la salud y sus pacientes



Régine Laurent, Presidenta de FIQ. Fotografía: FIQ

Para los trabajadores del cuidado de la salud, representados por la Federación Interprofesional de la Salud de Quebec (FIQ), es absolutamente esencial trabajar en óptimas condiciones para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica. Como sindicato de trabajadores de la salud, la FIQ ha decidido, por lo tanto, trabajar con sus miembros para promover en Quebec una ratio segura entre los profesionales de la atención sanitaria y los pacientes.

La crónica financiación insuficiente y las grandes y apresuradas reformas estructurales han dado lugar a un visible deterioro del servicio de salud pública de Quebec. Los trabajadores de la salud, y seguidamente los pacientes, son los primeros en sufrir las consecuencias del desmantelamiento del servicio. Las condiciones de trabajo cada vez más precarias ponen en peligro la prestación de asistencia sanitaria a los pacientes.

El respeto del derecho a la salud requiere, como mínimo, la presencia de trabajadores de la salud en número suficiente. Pero las limitaciones presupuestarias hacen que demasiado a menudo los administradores de los establecimientos de salud públicos tengan que adoptar estrategias de dotación de personal

poco satisfactorias. Estas estrategias, que incluyen la realización de horas extraordinarias obligatorias, tienen repercusiones negativas sobre la asistencia sanitaria. Se ha demostrado muchas veces que la escasez crónica de personal tiene considerables efectos perjudiciales en los pacientes. Los estudios sobre el personal de enfermería, por ejemplo, muestran que la insuficiencia de personal aumenta el riesgo de contraer infecciones hospitalarias, caídas, readmisiones y úlceras por presión.

Desde esta perspectiva, los trabajadores de la salud forman parte de un importante sistema de control de los pacientes. Sin embargo, en el contexto de una escasez crónica de personal, no pueden utilizar toda su pericia a la hora de tomar decisiones en materia sanitaria. No tienen la autoridad para decidir sobre el despliegue de los equipos de salud para proporcionar una atención médica segura y de calidad.

Las ratios, que exigen una asignación mínima de personal sanitario, por debajo de la cual la seguridad de los pacientes se vería seriamente comprometida, pondrían fin a la utilización arbitraria de consideraciones financieras por parte de los administradores del servicio de salud pública de Quebec.

En octubre de 2016, en cooperación con el Secretariado internacional de enfermeras y enfermeros del espacio francófono (SIDIEF, por sus siglas en francés), la FIQ organizó un simposio internacional sobre la asistencia sanitaria segura. Contó con la participación de compañeras de trabajo de Australia, Estados Unidos y Quebec para discutir este tema y los últimos acontecimientos que habían tenido lugar en este campo. El simposio llegó a la conclusión de que el servicio de salud actual no es "incurable" y puede ser tratado.

La FIQ considera que el remedio requiere que los sindicatos luchen por el cambio social. La introducción de ratios seguras en nuestro servicio de salud pública no solo debe ser liderada por los trabajadores de la salud, sino también por el público en general.

La FIQ es un sindicato que representa a los profesionales de la salud de Quebec, entre los que se incluyen la gran mayoría de las enfermeras, las enfermeras auxiliares, los terapeutas de la respiración y los perfusionistas clínicos que trabajan en los centros de salud públicos de Quebec. □

Costa Rica: el sistema público de asistencia sanitaria está en peligro

por Rodrigo López García, Secretario General de ANPE



Trabajadores del BUSSCO manifestándose en abril de 2016

Desde la década de 1990, las políticas neoliberales se han cobrado víctimas en el sector de los servicios públicos administrados por el estado costarricense. El auge de la globalización neoliberal, que se está expandiendo con el libre comercio, ha involucrado a las grandes empresas que buscan de manera agresiva nuevas fuentes de beneficios. Esta es la razón que se esconde detrás de las oleadas de privatización de los servicios públicos como el agua, la educación, la salud y otros.

El ataque sistemático contra la salud en Costa Rica se centra en: los intentos de socavar el poder de los trabajadores de la salud; reducir la calidad de los servicios de salud pública como medida para reducir los gastos, legitimar la opinión cuestionable de que lo privado es mejor y promover la externalización de servicios a proveedores privados.

Los sindicatos han sido capaces de contrarrestar algunas de estas medidas mediante la sindicalización y la movilización. Hace tres años, fundamos el BUSSCO, Bloque Unitario Sindical y Social Costarricense, a partir del cual hemos desarrollado una serie de campañas para contrarrestar las políticas dirigidas contra los servicios públicos y los trabajadores que los prestan.

Hemos realizado campañas masivas en la radio, la televisión e internet. Hemos organizado varias jornadas de protesta. La mayor de ellas tuvo lugar en abril de 2016, cuando una oleada de decenas de miles de empleados públicos se manifestó durante dos días en toda Costa Rica. También hemos colgado una serie de carteles que identifican a aquellos que están atacando a la clase trabajadora y a las instituciones de servicios públicos.

Los carteles fueron diseñados para tener un impacto sobre los políticos que atacan a los trabajadores, pero también para dar a conocer la privatización de las instituciones públicas del estado costarricense. El impacto es enorme y enfrenta directamente a la clase política en el poder.

En las instituciones de seguridad social de Costa Rica se mantienen las políticas internas, que no contratan a los trabajadores de la salud sumamente necesarios y reducen los programas de atención sanitaria, lo que provoca una situación caótica en algunos de los principales procesos de prestación de servicios. La salud no es una excepción y ha sufrido un declive gradual durante más de dos décadas. Pero por la fuerte oposición de los sindicatos, el sistema de salud sería totalmente privatizado.

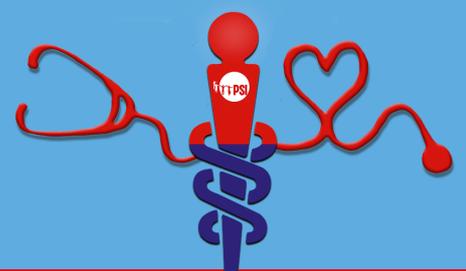
Viajamos a las regiones, en donde organizamos reuniones para establecer el BUSSCO en el ámbito regional, y también ejercemos un cabildeo constante en el congreso, afirmando que no estamos de acuerdo con las nuevas leyes contra el empleo público cuya finalidad es “reducir la mano de obra y preparar el camino para una eventual privatización”.

El proceso ha sido muy duro, hemos paralizado parcialmente las iniciativas con fines lucrativos que causan una pérdida del valor de los salarios de los empleados públicos, y nuestra campaña en defensa de los servicios públicos es constante. Establecer el lema de que La salud es un derecho humano para todos forma parte de ese proceso continuo.

Nuestra campaña resume los esfuerzos por obtener información social. “La salud como derecho humano” es fundamental para la creación de sistema social mejor, más justo y más inclusivo. □

MI SALUD NO ESTÁ EN VENTA

#PublicHealth4All



Internacional de servicios públicos
www.world-psi.org

**UN MEJOR FUTURO CON LA
SALUD PÚBLICA PARA TODOS**