

► Nota informativa de la OIT

Fecha: 11 de abril de 2020

La COVID-19 y el sector de la salud

El brote de la nueva enfermedad por coronavirus (COVID-19)¹ pone en el punto de mira la resiliencia de los sistemas de salud y la preparación y capacidad de respuesta de los países ante las emergencias. La rápida expansión de la COVID-19 acentúa la necesidad apremiante de contar con una fuerza de trabajo sólida en el sector como parte integrante de todo sistema de salud resiliente².

Los trabajadores sanitarios³ son la columna vertebral del sistema de salud. Debido a la naturaleza de su profesión, millones de ellos arriesgan la propia salud en el desempeño de su trabajo diario. Pero ¿quién los protege, siendo tan fundamentales como son en la lucha para detener la pandemia de COVID-19? El respeto de los derechos laborales y las condiciones de trabajo decente es decisivo para dar a estos trabajadores de primera línea la protección que necesitan a fin de librar la larga batalla que tienen por delante para salvar vidas.

La presente nota tiene por objeto proporcionar información sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores sanitarios y los sistemas de salud, así como información sobre las medidas de respuesta temprana que se han adoptado. Dado que la situación está cambiando tan rápidamente, la nota informativa ofrece un panorama preliminar, que se actualizará y complementará en las próximas semanas.



© P. Pleganathan

Tamil Nadu, India: compilando datos sobre la salud de los ciudadanos durante el confinamiento por el coronavirus.

1 Las fuentes citadas en este documento no designan del mismo modo el virus y la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nota para uniformizar el uso. El material publicado antes de que el virus recibiera su nombre oficial no se actualizará a menos que sea necesario para evitar confusiones. Véase OMS: «**Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa**» (SRAS-Cov-2).

2 Li L et al.: «**COVID-19: the need for continuous medical education and training**», en The Lancet (2020), [acceso el 9 de abril de 2020].

3 A los efectos de la presente informenota informativa, el término “trabajador sanitario” se refiere a: a) el personal calificado en ocupaciones del sector de la salud que realiza un trabajo clínico en centros de salud; b) todos los trabajadores del sector de la salud, a nivel público o privado, sea cual sea su ocupación, y c) quienes apoyan la prestación de servicios, aunque estén empleados por otros sectores o industrias, tales como los proveedores de servicios subcontratados (por ejemplo, el personal de limpieza, de restauración, de seguridad o cedido por agencias). Véase OIT: Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la discusión de Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 2017).

► 1. El impacto de la COVID-19

A 10 de abril de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había informado de más de 1,4 millones de casos confirmados de COVID-19 y más de 87.000 muertes en más de 200 países, zonas y territorios ⁴.

A 8 de abril de 2020 se habían notificado a la OMS 22.073 casos de COVID-19 entre los trabajadores sanitarios de 52 países. Sin embargo, según la Organización es muy probable que debido a las deficiencias en la notificación sistemática de los casos este número no refleje en su justa medida las infecciones en los trabajadores sanitarios a nivel mundial ⁵. La infección entre los trabajadores sanitarios ha sido frecuente desde la aparición de la enfermedad. En febrero de 2020, un estudio realizado en China había observado 3.019 casos de COVID-19 entre estos trabajadores, de los cuales 1.716 eran casos confirmados (el 3,8 por ciento de todos los casos confirmados, el 63 por ciento de ellos en Wuhan). De los casos registrados, el 14,8 por ciento se clasificaron como graves o críticos, y se notificaron cinco muertes ⁶.

En Italia, a 9 de abril de 2020 se habían registrado 14.066 casos confirmados de COVID-19 entre los trabajadores sanitarios, lo que representa una tasa de infección de más del 10 por ciento ⁷. Irlanda ha informado de que uno de cada 5 de sus casos de COVID-19 es un trabajador sanitario ⁸. En el Togo se han notificado cinco trabajadores sanitarios infectados, lo que representa una tasa de infección del 8,6 por ciento ⁹.

Sin embargo, no se están compilando metódicamente datos sólidos sobre el número de trabajadores sanitarios infectados, ya que muchos países no cuentan con mecanismos adecuados de presentación de informes. Además, muchos informes no distinguen entre la infección de los trabajadores sanitarios por exposición general y por exposición ocupacional, sino que incluyen todas las fuentes de infección.

Aspectos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo

Cada trabajador sanitario infectado representa una fisura más en la lucha contra la pandemia. Por lo tanto, garantizar la seguridad y la salud de estos trabajadores es una cuestión de alta prioridad. El lugar de trabajo del sector de la salud es particularmente vulnerable al riesgo de exposición a la COVID-19. Según la información de que se dispone hasta la fecha, las dos principales vías de transmisión son la interacción directa con los pacientes y el contacto con las pequeñas gotas que se transmiten al respirar en el espacio que rodea a una persona infectada. Al día de hoy, se desconoce el tiempo de supervivencia del virus en las superficies ¹⁰, lo que amplía aún más el riesgo de transmisión por contacto al personal de apoyo, como el personal de lavandería, los limpiadores y los trabajadores que se ocupan de los desechos clínicos.

La protección de los trabajadores sanitarios se centra en la prevención del contagio y de la propagación de la COVID-19. La divulgación transparente y oportuna de información sobre la transmisión de la enfermedad es fundamental a este respecto. De igual modo revisten gran importancia la disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) y la formación y la educación sobre su uso correcto. Medidas específicas de control de la infección, como las alertas visuales, el protocolo para la higiene respiratoria y la tos, la utilización de mascarillas y la separación de las personas con síntomas respiratorios, y las precauciones con respecto a las pequeñas gotas, pueden ayudar a prevenir las infecciones respiratorias ocupacionales entre los trabajadores sanitarios y los pacientes en los centros de atención de salud ¹¹.

4 [Coronavirus \(Covid-19\)](#), OMS [acceso el 10 de abril de 2020].

5 [WHO Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) Situation Report – 82](#) (Ginebra, 11 de abril de 2020).

6 Z. Wu y J.M. McGoogan: [Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) outbreak in China - Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention](#), JAMA Network (2020) [acceso el 20 de abril de 2020].

7 Epicentro. [Daily infographic](#) [acceso el 10 de abril de 2020]. Basado en grupo profesional, no en lugar de exposición.

8 [Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March](#), Gobierno de Irlanda [acceso el 9 de abril de 2020].

9 Presentación a cargo del Director de Salud en el Trabajo, Ministerio de Sanidad, Togo, durante el seminario en línea OMS EPIWIN sobre los programas nacionales de salud en el trabajo para los trabajadores sanitarios, 7 de abril de 2020.

10 [COVID-19 transmission questions](#), OMS [acceso el 9 de abril de 2020].

11 ILO y WHO: [Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders](#) (Geneva, 2018) [accessed 9 April 2020].

En una encuesta publicada recientemente por National Nurses United en los Estados Unidos, sólo el 30 por ciento de los encuestados informaron de que su empleador disponía de suficientes existencias de EPP para proteger al personal en caso de un rápido aumento de los posibles pacientes afectados por la COVID-19. Sólo el 65 por ciento informó de que el año anterior había recibido formación para ponerse y quitarse los EPP de manera segura ¹². Además, según observaciones de los Estados Unidos, la orientación sobre cuándo y dónde utilizar las máscaras no está bien desarrollada. Mientras que en algunos lugares los trabajadores sanitarios que usan máscaras protectoras se han enfrentado a consecuencias disciplinarias por causar ansiedad entre los pacientes ¹³, en otros han recibido amenazas de despido al hablar sobre la falta de EPP y sus condiciones de trabajo durante la pandemia ¹⁴.

El Consejo Internacional de Enfermeras y la Asociación Italiana de Enfermeras emitieron una advertencia sobre las graves consecuencias de la escasez de EPP para los trabajadores sanitarios. La falta de disponibilidad de EPP o el suministro de EPP inadecuados hacen que los trabajadores sanitarios que tratan con pacientes de COVID-19 corran un alto riesgo de infección ¹⁵. Las altas tasas de trabajadores sanitarios infectados dan lugar a más limitaciones en el sistema de salud y a una mayor carga de trabajo para los compañeros que cubren a los que tienen que estar en cuarentena durante al menos 14 días.

El uso de EPP, como mascarillas y protección ocular, durante todo un turno puede causar molestias debido al calor, la irritación de la piel y las dificultades respiratorias. Los datos preliminares de Wuhan (China) durante el brote de COVID-19 apuntan a una alta prevalencia (de hasta del 97 por ciento) ¹⁶ de la irritación cutánea y los daños en la piel debido al uso de EPP, que aumentaba con su utilización prolongada ¹⁷.

Un estudio realizado en el Hospital Zhongnan de la Universidad de Wuhan indica que las largas horas de trabajo y la higiene inadecuada de las manos también

aumentan el riesgo de contraer la COVID-19 entre los trabajadores sanitarios ¹⁸.

Todo ello pone de relieve la necesidad de un enfoque sostenible de la seguridad y salud en el trabajo (SST) como parte integrante de la gestión general del sector. En varios instrumentos de la OIT se ofrecen orientaciones detalladas sobre la protección de los trabajadores sanitarios (véase la sección 3).

El acceso oportuno a la información y el diálogo transparente entre los trabajadores sanitarios y los empleadores también son cruciales. Ambos deben compartir la información más actualizada sobre los protocolos, las directrices, las medidas y las decisiones clínicas a fin de garantizar una aplicación eficaz, así como sobre las situaciones en el lugar de trabajo que exponen a los trabajadores sanitarios a riesgos.

Salud mental y apoyo psicosocial

La pandemia de COVID-19 está colocando a los trabajadores sanitarios en situaciones excepcionalmente exigentes. Además de una pesada carga de trabajo, están lidiando con el temor a contraer la enfermedad y a propagarla a sus familiares y amigos. Por otro lado, la atmósfera general de ansiedad que se respira entre la población está afectando a los trabajadores sanitarios y a su salud mental.

Una encuesta sobre salud mental realizada entre 230 miembros del personal médico de un hospital terciario de enfermedades infecciosas sobre la COVID-19 en China reveló una tasa de incidencia de la ansiedad del 23 por ciento y de trastornos de estrés del 27 por ciento entre los trabajadores sanitarios que trabajan en la respuesta al brote de COVID-19. La tasa de incidencia de la ansiedad entre el personal de enfermería era mayor que la de los médicos ¹⁹.

La dirección y los trabajadores sanitarios de los hospitales sobrecargados están pidiendo apoyo psicológico para ayudar al personal a hacer frente al

¹² [Survey of Nation's Frontline Registered Nurses Shows Hospitals Unprepared For COVID-19](#), National Nurses United, [acceso el 9 de abril de 2020].

¹³ [Why Would Hospitals Forbid Physicians and Nurses from Wearing Masks?](#), Scientific American [acceso el 9 de abril de 2020].

¹⁴ [Hospitals Tell Doctors They'll Be Fired If They Speak Out About Lack of Gear](#), Bloomberg [acceso el 9 de abril de 2020].

¹⁵ [High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority](#), International Council of Nurses [acceso el 9 de abril de 2020].

¹⁶ J. Lan y otros.: ["Skin damage among healthcare workers managing coronavirus disease - 2019"](#), Journal of the American Academy of Dermatology (2020), [acceso el 9 April 2020].

¹⁷ J. Kantor: ["Pre-proof behavioral considerations and impact on personal protective equipment \(PPE\) use: Early lessons from the coronavirus \(COVID-19\) outbreak"](#), Journal of the American Academy of Dermatology. 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

¹⁸ R. Li y otros.: ["Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China"](#), Infectious Diseases Society of America, (2020), [acceso el 9 de abril de 2020].

¹⁹ J. Z. Huang y otros.: [Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19](#), (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

exceso de horas, a la gran intensidad del trabajo y a las experiencias con tasas de mortalidad sin precedentes ²⁰.

Como numerosos países han cerrado las escuelas y la vida pública, los trabajadores sanitarios, muchos de los cuales son mujeres, se ven confrontados a grandes exigencias profesionales al tiempo que tienen que organizar su vida personal y cuidar de los familiares a cargo, sobre todo si tienen hijos o si miembros de su familia están enfermos o tienen alguna discapacidad.

Además, los trabajadores sanitarios de las zonas en que se registra un elevado número de casos de COVID-19 se enfrentan a la tensión entre las prioridades de salud pública y los deseos de los pacientes y sus familias en relación con el tratamiento ²¹. Las consecuencias de afrontar decisiones difíciles pueden variar desde la ansiedad hasta los trastornos de estrés postraumático ²².

Las enseñanzas extraídas de otros brotes, como la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en África Occidental en 2014, han demostrado que los trabajadores sanitarios pueden sufrir violencia, discriminación y estigmatización en la sociedad y en sus comunidades por temor a contraer la enfermedad ²³. En algunos países, los trabajadores sanitarios y otros trabajadores de los servicios públicos están considerando la posibilidad de cambiar de alojamiento durante el brote, y alojarse en hoteles de bajo costo, para proteger a sus familias de la exposición a la COVID-19 ²⁴.

La prestación de apoyo a los equipos de atención de salud y a las familias y los amigos, la información y la orientación para los trabajadores sanitarios sobre el modo de hacer frente al estrés y el asesoramiento sobre el estrés postraumático deben ser parte integrante de la respuesta a la COVID-19. Las [Directrices de la OIT sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia](#) reseñan medidas para prevenir y abordar los factores desencadenantes de estrés y sus consecuencias.

Horas de trabajo

En respuesta al brote de COVID-19, muchos trabajadores sanitarios se enfrentan a una pesada carga de trabajo adicional, a largas jornadas de trabajo y a la falta de períodos de descanso. En muchos países, la lucha contra el número cada vez mayor de casos que requieren

hospitalización ²⁵ está dando lugar a un recurso generalizado a las horas extraordinarias. En algunos se han impuesto restricciones a los trabajadores sanitarios en materia de vacaciones a fin de asegurar que haya suficiente personal presente en todo momento.

La ordenación del tiempo de trabajo decente ayuda a equilibrar el bienestar de los trabajadores sanitarios con las necesidades de los servicios de salud. Sin embargo, en situaciones de emergencia, los trabajadores sanitarios deben trabajar en condiciones irregulares y a veces atípicas. Las [Directrices de la OIT sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia \(2018\)](#) establecen los principios para definir la ordenación del tiempo de trabajo durante las situaciones de emergencia.

El [Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 149\)](#) de la OIT y su [Recomendación \(núm. 157\)](#) prevén disposiciones relativas a la ordenación del tiempo de trabajo específicas para el personal de enfermería ²⁶. El Convenio establece que el personal de enfermería deberá gozar de condiciones por lo menos equivalentes a las de los demás trabajadores del país. Entre las condiciones particularmente pertinentes a la pandemia figuran las horas de trabajo, incluidas la reglamentación y la compensación de las horas extraordinarias, las horas poco convenientes y el trabajo por turnos; el descanso semanal; la licencia de maternidad; la licencia de enfermedad, y la seguridad social. La Recomendación prevé que pueden autorizarse excepciones temporales a las disposiciones relativas a la duración normal del trabajo en caso de extrema urgencia. Además, el anexo de la Recomendación dispone que “las horas extraordinarias deberían ser voluntarias, salvo cuando sean esenciales para la asistencia al paciente y no se disponga de un número suficiente de voluntarios”.

Protección de los voluntarios y de los trabajadores con contratos de corta duración

A fin de asegurar la disponibilidad de suficientes trabajadores sanitarios para responder al brote de COVID-19, varios países han solicitado asistencia profesional a voluntarios, a otros sectores como el militar, y a médicos jubilados o a estudiantes de medicina y enfermería. La Dirección del Servicio de Salud de Irlanda (HSE) ha hecho un llamamiento a todos

20 Corona-Pandemie: Wie lange muss sich die Schweiz abschnitten?, in SRF, 23 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

21 J. Cabrita: “COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers” (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

22 PTSD: National Center for PTSD, Departamento de los Estados Unidos de Asuntos de Veteranos, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

23 Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, OMS, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

24 Zielinski S.: [Essential services workers consider alternate accommodations to protect their families](#), en Red Deer Advocate, 31 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

25 Internacional de Servicios Públicos: “French health workers face rapid escalation of cases” (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

26 OIT: [Policy Brief Health Services Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care \(2018\)](#), Ginebra, 2018.

los profesionales de la salud de todas las disciplinas que en la actualidad no están trabajando en el sector de la salud pública para que se registren y estén de guardia para Irlanda (on call for Ireland)²⁷. Siguiendo este ejemplo, los trabajadores sanitarios de Kenya utilizaron los medios de comunicación social para compartir “On Call for Kenya”, un llamamiento para unir fuerzas contra la COVID-19²⁸. En Alemania se pide que se acelere la obtención de permisos de trabajo para los trabajadores sanitarios extranjeros que ya se encuentran en el país y están a la espera de su certificado de registro²⁹. En el Reino Unido se ha instado a las facultades de medicina a que aceleren la obtención de permisos de trabajo para los estudiantes de medicina y enfermería que están en su último año de carrera y a que no exijan exámenes clínicos para garantizar que los médicos se registren lo antes posible^{30 31}. El Reino Unido también está pidiendo a los médicos jubilados que vuelvan a formar parte de la fuerza de trabajo de su servicio nacional de salud (NHS)³². Muchos otros países, entre ellos Kenya³³ y Sudáfrica³⁴, están siguiendo este camino mediante el lanzamiento de campañas de contratación de más trabajadores sanitarios.

Con el creciente desempleo en muchos países y la distribución desigual de los trabajadores sanitarios, la idea de formar a los residentes locales para que se conviertan en trabajadores sanitarios de la comunidad y ayuden a responder a la pandemia está ganando adeptos³⁵. La formación de los trabajadores sanitarios de base comunitaria para garantizar la atención de salud lleva mucho tiempo practicándose en los países con escasez de personal sanitario. Durante brotes recientes, como la epidemia de la enfermedad del virus del Ébola en la República Democrática del Congo y África Occidental, los países afectados formaron a miles de trabajadores sanitarios comunitarios como parte de equipos interdisciplinarios para ayudar a prevenir, detectar y responder al brote en comunidades afectadas y en situación de riesgo³⁶. Esta estrategia de base comunitaria para aplicar medidas de prevención y control se está convirtiendo en una forma de que los países fortalezcan su respuesta a la COVID-19.

Si bien estas medidas parecen alentadoras para asegurar la atención necesaria, también es cierto que requieren una aplicación cuidadosa para garantizar que

estos trabajadores reciban la misma protección que los demás trabajadores. Unos sistemas de salud sostenibles dependen de una planificación con visión de futuro de la fuerza de trabajo. La contratación especial debe tomar en consideración cuestiones de orden logístico, ético y financiero.

Además de las condiciones de SST, es necesario abordar otras condiciones de empleo, como la protección social, la remuneración, los períodos de descanso y la ordenación del tiempo de trabajo. Los gobiernos deben celebrar consultas con los interlocutores sociales para supervisar y regular estas contrataciones especiales durante la crisis, según proceda. Los trabajadores contratados que no tienen experiencia y los trabajadores de edad que estaban jubilados son especialmente vulnerables a la infección, por consiguiente, es esencial prever una protección adecuada.

Los gobiernos también deben garantizar una supervisión y gestión adecuadas de los trabajadores sanitarios y de los trabajadores recién contratados a fin de asegurar que todos ellos estén capacitados y sus conocimientos estén actualizados para responder a la pandemia.

El ejemplo de los países que figura en el recuadro 1 muestra un enfoque integral de la contratación especial con aspectos relativos al trabajo decente.

27 [Be on call for Ireland](#), Gobierno de Irlanda, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

28 [COVID-19 response](#) [acceso el 9 de abril de 2020].

29 [Ausländische Pflegekräfte schnell zulassen](#), Gobierno Federal de Alemania, 18 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

30 G. Iacobucci: “[Covid-19: medical schools are urged to fast-track final year students](#)”, BMJ (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

31 E. Mahase “[Covid-19 medical students to be employed by NHS as part of epidemic response](#)”, BMJ (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

32 C. Dyer: “[Covid-19: 15 000 deregistered doctors are told “your NHS needs you”](#)”, BMJ (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

33 E. Kivuva: “[Covid-19: Kenya begins hiring of 6,000 more health workers](#)”, en Business Daily, 2 de abril de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

34 Citizen reporter: “[Health department embarks on massive recruitment drive](#)”, en the Citizen COVID-19, 28 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

35 R. Panjabi: “[The job description for a COVID-19 community health worker - and how this could fight US unemployment](#)”, en WEF, 31 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

36 S. O. Wiah y otros autores: [Prevent, Detect, Respond: Rapidly expanding healthcare teams through community health workers in the fight against COVID-19](#). BMJ Opinion (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

Recuadro 1. Contratación especial para atender las necesidades de personal sanitario a corto plazo “Be on call for Ireland”¹

Durante la preparación del sistema de salud para la respuesta a la COVID-19, la Dirección del Servicio de Salud (HSE) de Irlanda ha hecho un llamamiento a todos los profesionales sanitarios de todas las disciplinas que no trabajan actualmente en el sector de la salud pública para que se registren a fin de ponerse a disposición de la sanidad pública del país en caso de que ésta requiera ayuda adicional. Este llamamiento también va dirigido a los voluntarios y demás personas que tienen habilidades que podrían ser necesarias durante la pandemia.

La HSE ha publicado una página de “Preguntas frecuentes” en línea que proporciona información transparente sobre el proceso, las funciones y responsabilidades, y las condiciones de empleo en el marco del llamamiento. Los temas tratados son:

- Proceso de registro
- cumplimentación del formulario en línea
- funciones
- cuándo y cómo se contactará a la persona
- horas de trabajo
- días feriados y vacaciones anuales
- salario
- trabajadores jubilados
- trabajadores de agencia
- Profesionales cualificados no registrados en la autoridad irlandesa competente
- trabajo como estudiante universitario
- trabajo fuera de una disciplina
- tipo de contrato de trabajo
- voluntariado
- puestos de trabajo en la HSE
- proceso de selección
- guarderías infantiles / servicios de prestación de cuidados
- ayudas de bienestar social
- COVID-19

¹ Be on call for Ireland, Gobierno de Irlanda, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

Aspectos relacionados con el género

Las mujeres se enfrentan a retos particulares durante esta pandemia. A nivel mundial, suman más del 70 por ciento de la fuerza de trabajo del sector de la salud ³⁷. También soportan la carga de las labores no remuneradas de prestación de cuidados, como el cuidado de los niños o de los familiares de edad avanzada ³⁸. Se calcula que la contribución de la mujer a la atención de salud representa casi el 5 por ciento del PIB mundial; casi la mitad de su contribución no está remunerada ni reconocida. Las mujeres que trabajan en los sectores de la salud y el trabajo social tienden a ocupar puestos menos cualificados, con menos remuneración y en el extremo inferior de las jerarquías profesionales, lo que contribuye a una brecha salarial entre los géneros de un promedio del 26 por ciento en los países de ingreso alto y del 29 por ciento en los países de ingreso mediano alto ³⁹.

Durante esta pandemia, las mujeres en particular se enfrentan a los retos de equilibrar una carga de trabajo cada vez mayor, a la ansiedad de propagar el virus a los seres queridos y a la gestión de sus responsabilidades de prestación de cuidados en el hogar. Para reducir esta carga, algunos centros de salud están proporcionando servicio gratuito de guardería a los trabajadores sanitarios. Los gobiernos deben velar por que se adopten medidas para apoyar a estos trabajadores, en particular a los que tienen responsabilidades adicionales de prestación de cuidados en el hogar.

Los brotes anteriores han demostrado la importancia de integrar un análisis de género en la preparación y respuesta a las emergencias de salud pública, ya que las mujeres desempeñan un papel predominante como cuidadoras informales y trabajadoras sanitarias de primera línea ⁴⁰. Las exigencias apremiantes que asumen los trabajadores sanitarios con responsabilidades familiares, la mayoría de los cuales son mujeres, ponen de relieve la gran necesidad de disponer de una ordenación flexible del tiempo de trabajo que sea previsible y tenga en cuenta las cuestiones de género, y que permita y aliente a los hombres y las mujeres a encontrar un mejor equilibrio entre sus responsabilidades laborales y familiares. El anexo de la [Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 157\)](#) proporciona orientaciones al respecto y establece lo siguiente: “A reserva de las exigencias del servicio, el horario de trabajo debería organizarse de manera que se distribuyan equitativamente el trabajo por turnos y la prestación de horas extraordinarias, incómodas

37 OIT: [Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda Edición](#). Ginebra: OIT, 7 de abril de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

38 OIT: [Un paso decisivo hacia la igualdad de género: En pos de un mejor futuro del trabajo para todos](#). Ginebra, 2019.

39 OIT: Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 2017).

40 C. Wenham, J. Smith y R. Morgan: “COVID-19: the gendered impacts of the outbreak”, *The Lancet*, (14 de marzo de 2020, volumen 395) [acceso el 9 de abril de 2020].

o penosas, entre los miembros del personal, y en particular entre el personal temporero y el permanente, y entre el personal a tiempo completo y a tiempo parcial; se deberían asimismo tener en cuenta, en la medida de lo posible, las preferencias individuales y otras consideraciones como el clima, los medios de transporte, las responsabilidades familiares, etc.”

Las restricciones de circulación y la ansiedad por las infecciones constituyen obstáculos adicionales para la prestación de cuidados en el hogar a los ancianos y los enfermos. Este tipo de atención lo prestan principalmente mujeres, que constituyen el 88 por ciento de todos los trabajadores que prestan cuidados personales ⁴¹. En Alemania, por ejemplo, se depende en gran medida de los cuidadores migrantes para la prestación de cuidados a domicilio. El actual brote de COVID-19 está reduciendo considerablemente el número de cuidadores en los países de Europa Oriental que viajan a Alemania para participar en estas labores. La asociación alemana de prestación de cuidados y cuidados de enfermería a domicilio espera que a partir de mediados de abril, entre 100.000 y 200.000 personas dejen de ser atendidas en sus hogares. La asociación pide incentivos para alentar al personal de atención a domicilio a permanecer en Alemania, siguiendo el ejemplo de Austria donde se ofrece una prima de 500 euros mensuales para retener a los trabajadores migrantes que prestan cuidados a domicilio ^{42 43}.

Diálogo social en tiempos de crisis

La [Recomendación sobre el empleo y el trabajo decente para la paz y la resiliencia, 2017 \(núm. 205\)](#) pone de relieve la importancia del diálogo social y la función esencial que desempeñan las organizaciones de empleadores y de trabajadores en las respuestas a la crisis.

La voz y la participación son fundamentales para que los trabajadores sanitarios, los empleadores y otras partes interesadas del sistema de salud puedan desempeñar un papel activo en la respuesta al brote de COVID-19. La libertad de expresar sus preocupaciones en relación, por ejemplo, con los temas de la SST, o de negarse a realizar un trabajo que, en su opinión, pondría en peligro a otras personas o a sí mismos, así como su derecho a organizarse y a participar libremente en el diálogo, son

principios importantes que deben respetarse, incluso en situaciones de emergencia como la pandemia de COVID-19.

En todo el mundo, muchos sindicatos están participando activamente en la respuesta a la COVID-19 proporcionando orientación y actualizaciones periódicas a sus afiliados, entablando un diálogo con las organizaciones de empleadores y los gobiernos y movilizando a los miembros para que ayuden activamente durante el brote.

La Internacional de Servicios Públicos (ISP) ha publicado una nota informativa sobre la acción sindical durante el brote de COVID-19 en la que ofrece orientación sobre aspectos fundamentales pertinentes para los trabajadores ⁴⁴. También ha puesto en marcha la campaña “La salud pública de una vez por todas”, en la que se señalan a la atención las medidas fundamentales para responder al brote de COVID-19, al tiempo que se propugnan cambios en los sistemas de salud para que se dé prioridad a las personas y se subraya la importancia de que los sistemas de salud pública estén financiados, dotados de personal y equipados suficientemente para responder a los futuros desafíos en materia de salud pública ⁴⁵.

La Asociación de Enfermeras de Michigan presentó una denuncia contra un establecimiento de servicios de salud por no permitir que las enfermeras utilizaran sus propias máscaras protectoras. Ello demuestra el importante papel que pueden desempeñar los sindicatos y las asociaciones para atender las preocupaciones de los trabajadores sanitarios ⁴⁶.

En la Argentina, un acuerdo entre la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad y el Gobierno ofrece la garantía de que todos los trabajadores sanitarios seguirán cobrando sus salarios completos mientras estén en cuarentena y tendrán derecho a transporte gratuito durante la pandemia, subvencionado por el Gobierno ⁴⁷.

En Italia, el Gobierno y los interlocutores sociales han suscrito un nuevo convenio colectivo sobre la SST de los trabajadores sanitarios ⁴⁸.

El diálogo social es importante no sólo para asegurar la preparación, sino también para mejorar la respuesta y la coordinación durante las situaciones de emergencia. Es vital para los intercambios oportunos de información

41 ILOSTAT: “[These occupations are dominated by women](#)”, (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

42 [Versorgungsnotstand wegen Corona?](#), Gobierno Federal de Alemania, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

43 [Pressemitteilung, Berlin](#), 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

44 Internacional de Servicios Públicos: [Coronavirus: Guidance Briefing for Union Action – Update](#), (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

45 Internacional de Servicios Públicos: “[Public Health, Once and for All! - concept note](#)” (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

46 C. Rainey: “[Michigan Nurses Association files complaint against Mercy Health Partners Hackley campus](#)”, en Newschannel 3, 23 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

47 [Argentina battles Covid-19 with trade union support](#), Uni Global Union, 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

48 [Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da «Covid-19»](#) [acceso el 9 de abril de 2020].

y para abordar cuestiones como la SST, el aumento de la carga de trabajo y la responsabilidad ⁴⁹.

Recuadro 2. República de Corea: Acuerdo del comité tripartito del sector de la salud sobre la adopción de medidas para hacer frente a la COVID-19¹

En la República de Corea, los miembros tripartitos del comité del sector de la atención de salud, dependiente del Consejo Económico, Social y Laboral, han llegado a un acuerdo para encarar la crisis causada por la propagación de la COVID-19 y proteger a los trabajadores de la atención de salud en el terreno. Entre los puntos clave del acuerdo figuran los siguientes:

- i. la creación de un entorno laboral que pueda garantizar la seguridad del servicio de atención de salud;
- ii. la mejora de la seguridad del empleo y del tratamiento de los trabajadores sanitarios;
- iii. la resolución del problema de la escasez de suministros médicos y la construcción de un sistema de atención de salud sostenible; y
- iv. la mejora de la capacidad de atención de la salud pública y la colaboración con el sector privado de la atención de salud.

¹ El Comité del sector de la atención de salud dependiente del Consejo Económico, Social y Laboral acordó medidas para hacer frente a la COVID-19. ESLC Newsletter, 20 de marzo de 2020.

► 2. Respuestas de los mandantes y de los interlocutores

La capacidad de los sistemas de salud para reorganizarse con rapidez a fin de responder a la crisis mediante la movilización de los trabajadores sanitarios, asegurando al mismo tiempo la prestación continua de servicios esenciales a lo largo del proceso de atención reviste una importancia decisiva y desafiante. Entre las estrategias clave figuran garantizar la SST, condiciones de trabajo decente y apoyo psicosocial a los trabajadores sanitarios, y la provisión de mecanismos de formación y educación para la pronta reorganización de los trabajadores sanitarios y los trabajadores recién contratados, de acuerdo con los requisitos del sistema de salud. La preparación para casos de emergencia también incluye la optimización de las plataformas de prestación de servicios mediante, por ejemplo, la telemedicina ⁵⁰.

Los adelantos tecnológicos, como las aplicaciones sanitarias en línea y las aplicaciones móviles, la impresión en tres dimensiones y la inteligencia artificial, pueden mejorar la prestación de los servicios de salud y las formas de trabajar durante la pandemia y después de ella ⁵¹. Algunos países han introducido la utilización de datos de localización de teléfonos móviles para hacer un seguimiento de la propagación de la COVID-19 a nivel nacional ⁵². En los Países Bajos, los estudiantes de medicina están trabajando en un centro de llamadas para dirigir a los pacientes que experimentan síntomas graves hacia la atención que necesitan. La introducción y ampliación de las tecnologías digitales para informar, formar y orientar a los trabajadores sanitarios, especialmente en lugares pobres y remotos, puede mejorar la transparencia, la prestación de los servicios y la gestión durante la pandemia.

Empleo en el sector de la salud y escasez de mano de obra

El sector de la salud es una fuente importante de empleo; en la mayoría de las regiones, las tasas de crecimiento del empleo han sido superiores a las de otros sectores. La salud y el trabajo social sumaban más de 105 millones de empleos en todo el mundo en 2013, 130 millones de empleos en 2018 y unos 136

⁴⁹ OIT: [Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia](#), Ginebra, 2018.

⁵⁰ WHO Regional Office for Europe: [Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 Technical guidance #1](#), (Copenhague, 2020) [acceso de abril de 2020].

⁵¹ OIT: [The future of work in the health sector. Working Paper No. 325](#) Ginebra, 2019.

⁵² A. Hutchinson: ["More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns"](#), en Social Media Today, 24 de marzo de 2020 [acceso el 10 de abril de 2020].

millones de empleos en 2020 ⁵³. Además, los sistemas de salud tienen el potencial de generar más empleos decentes mediante el estímulo del crecimiento en otros sectores, como los equipos y la producción tecnológica ⁵⁴. En los Estados Unidos, por ejemplo, el sector de la salud contribuyó a la recuperación de la crisis financiera de 2007-2008, y entre 2006 y 2016 el crecimiento del empleo en los establecimientos de atención de salud fue del 20 por ciento frente al 3 por ciento en el resto de la economía ⁵⁵. Se prevé que esta tendencia de crecimiento del empleo continúe; 18 de las 30 ocupaciones de más rápido crecimiento se encuentran en el sector de la atención de salud y ocupaciones conexas, con lo que se calcula un aumento de 3,4 millones de puestos de trabajo para 2028 ⁵⁶.

La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas reconoció que el sector de la salud era un sector económico clave y que se necesitaban inversiones en su fuerza de trabajo para avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ⁵⁷. Sin embargo, los datos muestran que casi todos los sistemas de salud se enfrentan a dificultades para contratar, desplegar y retener a suficientes trabajadores sanitarios bien capacitados, apoyados y motivados. En general, se estima que para 2030 se registrará un déficit mundial de 18 millones de trabajadores sanitarios que afectará principalmente a los países de ingreso bajo y mediano bajo. La distribución desigual de los trabajadores sanitarios tanto entre los países como dentro de ellos constituye un obstáculo para la equidad sanitaria; las deficiencias del personal sanitario afectan principalmente a las poblaciones más pobres, sobre todo en las zonas rurales. En 2014 la proporción de la población sin acceso a los servicios de salud debido a la escasez de personal sanitario se estimaba de un 84 por ciento en los países de ingreso bajo, y del 55 y el 23 por ciento en los países de ingreso mediano bajo y mediano alto, respectivamente. En algunos países de África y Asia, más del 90 por ciento de la población no tenía acceso a la atención de salud debido a la extrema escasez

de personal sanitario (menos de tres trabajadores sanitarios por cada 10.000 personas) ^{58 59}.

El reciente Informe sobre la situación de la enfermería en el mundo, 2020, destaca la necesidad de generar al menos 6 millones de nuevos empleos en enfermería para 2030, en particular en los países de ingreso bajo y mediano, con el objetivo, entre otros, de corregir la inequidad en la distribución de los profesionales de enfermería en todo el mundo ⁶⁰.

Equilibrio entre el sector de la salud público y el privado

Si bien en muchos países el sector privado está desempeñando un papel cada vez más relevante en la prestación de los servicios de salud, la función rectora del sector público en lo que respecta a garantizar la igualdad de acceso a la atención de salud como derecho humano es particularmente importante en tiempos de crisis. A lo largo de los años, la creciente comercialización de los servicios de salud ha suscitado preocupación entre algunas partes interesadas. 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, celebrada en 1998, establecen que: “la atención de la salud para todos ha de servir al interés público, pero ello no significa necesariamente que deba ser organizada por los servicios públicos y estar a su cargo, sino que también puede tener un carácter privado. La atención de la salud no es un artículo de consumo” ⁶¹.

A la luz del actual brote de COVID-19, algunos países, entre ellos Irlanda y España, están potenciando el papel de los hospitales privados integrándolos temporalmente en el sistema de salud pública mientras dure el brote. Según funcionarios de Irlanda, ello garantizará un sistema de salud coordinado, con unas 2.000 camas adicionales, así como recursos para pruebas y tratamiento, dando un impulso sustancial y muy

53 Fuentes: OIT. Buscador de datos de Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo (WESO Data Finder), 2015; cálculos de la OIT de 2018 basados en microdatos de encuesta de la fuerza de trabajo y los hogares; cálculos de ILOSTAT, 2020 (Ginebra, de próxima aparición).

54 OIT: Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 2017).

55 E. Salsberg and R. Martiniano: “Health Care Jobs Projected To Continue To Grow Far Faster Than Jobs In The General Economy”, en Health Affairs, 9 de mayo de 2018.

56 Oficina de Estadísticas del Trabajo de los Estados Unidos. [Employment projections 2018-2028](#). Comunicado de prensa sobre noticias económicas, 9 de septiembre de 2019 [acceso 9 de abril de 2020].

57 OMS: [Working for health and growth: Investing in the health workforce](#), Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico (Ginebra, 2016).

58 OIT: Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 2017).

59 ILOSTAT: [COVID-19: Are there enough health workers?](#) [acceso el 9 de abril de 2020].

60 OMS: [State of the world's nursing 2020](#) (Geneva, 2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

61 OIT: Nota sobre las labores, Reunión paritaria sobre las condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector de la salud (Ginebra, 1999), Conclusiones, párrafo 2.

necesario a la capacidad del sistema de salud pública para responder a la crisis ^{62 63}.

El sector privado también puede contribuir a la lucha contra la pandemia de COVID-19 más allá del sector de la salud. En algunos países, las empresas individuales han tomado iniciativas para cambiar temporalmente los modelos comerciales durante la crisis, ayudando a garantizar la producción de suministros médicos, como EPP o etanol para productos desinfectantes ⁶⁴. Para seguir estudiando opciones efectivas en lo que respecta a las contribuciones del sector privado a las emergencias sanitarias, la Organización Internacional de Empleadores ha iniciado conversaciones con las organizaciones multilaterales y la comunidad empresarial sobre los retos y las oportunidades de la colaboración entre los sectores público y privado ⁶⁵.

Cómo hacer frente a la pérdida de ingresos entre los agentes del sistema de salud

Mientras que el principal foco de atención es la protección y el apoyo a los trabajadores sanitarios de primera línea, la batalla contra la COVID-19 repercute en todos los agentes de la salud, incluidos los trabajadores por cuenta propia y las empresas del sector ⁶⁶.

Muchos trabajadores sanitarios y de prestación de cuidados que se encuentran en la primera línea de la respuesta y corren un alto riesgo de ser infectados se encuentran en esas categorías. Por consiguiente, la falta de cobertura universal de las prestaciones por enfermedad se ha señalado como un problema que reviste especial importancia para el éxito de las estrategias de contención del virus; en varios países ya se han adoptado medidas concretas para remediar esta situación ⁶⁷. La crisis de la COVID-19 está poniendo de manifiesto importantes brechas de cobertura, no sólo en el acceso a la atención de salud sino también en lo que respecta a las prestaciones por enfermedad, lo que deja sin protección a los trabajadores sanitarios y a los cuidadores que participan en formas de empleo atípicas o que trabajan por cuenta propia. Cuando un trabajador está enfermo o cuida de familiares que padecen alguna dolencia, la falta de seguridad del ingreso hace que

se vea obligado a trabajar, lo que contribuye a aumentar los riesgos de contagio. Ello también incrementa el riesgo de empobrecimiento de los afectados por la enfermedad y sus familias ⁶⁸.

Los trabajadores sanitarios también deben tener acceso a la atención de salud y a compensaciones financieras en el caso de que se infecten con la COVID-19 durante el empleo, ya sea en virtud de un seguro específico de accidentes del trabajo o, en caso de que no existan tales planes de seguro, mediante una compensación directa de los empleadores, a tenor de lo dispuesto en el [Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 \(núm.121\)](#).

Algunos gobiernos, como los de Alemania, Suiza, Italia y España, han pedido a los sistemas de salud que reduzcan al mínimo el contacto de los pacientes con los servicios esenciales y que reprogramen las visitas preventivas y de seguimiento rutinario siempre que sea posible. Si bien esas medidas tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión y poner a disposición recursos dentro del sistema de salud, se prevé que repercutan en los ingresos de los consultorios médicos y dentales, ya que el número de visitas de los pacientes ha disminuido considerablemente, mientras que los gastos recurrentes de funcionamiento, como el alquiler y la electricidad de los dispositivos médicos, continúan. En Suiza, por ejemplo, la asociación profesional de médicos está determinando la posibilidad de indemnizar a los profesionales afectados por la reducción de la jornada laboral y se propone informar a sus miembros sobre las opciones de indemnización lo antes posible ⁶⁹. Además de las pérdidas de ingresos, estos profesionales se preparan para una cantidad de trabajo cada vez mayor una vez que se revoquen las medidas de distanciamiento social y los sistemas de salud vuelvan a la normalidad.

En los casos en que se ha pedido a los hospitales, como parte de las estrategias nacionales de preparación, que liberen capacidad dando de alta a los pacientes y retrasando las cirugías de rutina previstas, estos centros se enfrentan a considerables pérdidas de ingresos. La Federación de Hospitales de Alemania ha calculado que las pérdidas financieras relacionadas ascienden a 3.700 millones de euros y ha manifestado su preocupación acerca de la solidez financiera de varios hospitales. La

62 "Private hospitals will be made public for duration of coronavirus pandemic", the journal ie, 24 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

63 A. Payne: "Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown", en Business Insider, 16 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

64 Según diversos informes de los medios de comunicación aparecidos en periódicos, televisión y radio.

65 OMS: "Situaciones de emergencia pública: contribución del sector privado" (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

66 OIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, de próxima aparición).

67 OIT: "COVID 19 health crisis: the need for sickness benefit during sick leave and quarantine", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, de próxima aparición).

68 Ibid.

69 Das Virus macht auch Ärzte arbeitslos – warum ausgerechnet in Corona-Zeiten manche Mediziner wenig zu tun haben [acceso el 9 de abril de 2020].

Federación ha instado al Ministro Federal de Sanidad a considerar la posibilidad de correr con los costos adicionales derivados de la adopción de medidas de emergencia, incluidos los correspondientes al personal sanitario actual y adicional ⁷⁰.

Colaboración internacional

La escasez mundial y la distribución desigual de trabajadores sanitarios cualificados constituyen una importante limitación para responder al brote de enfermedades inesperadas y de fácil transmisión, como la COVID-19.

A medida que la enfermedad continúa propagándose, incluso los sistemas de salud bien dotados de recursos se encuentran en un punto de ruptura al responder al brote. El rápido aumento del número de casos de la COVID-19 en todo el mundo pone de relieve la urgente necesidad de fortalecer los sistemas de salud con menos recursos para poder ofrecer una respuesta adecuada. Esto incluye abordar los problemas de la fuerza de trabajo sanitaria y ampliar las instalaciones de diagnóstico de laboratorio, los mecanismos de vigilancia de las enfermedades y las estrategias de comunicación de los riesgos ⁷¹. Muchos países no podrán aumentar su capacidad inmediatamente por consiguiente, es necesario adoptar medidas a nivel mundial para apoyarlos en la respuesta al brote de la enfermedad y más allá.

En Europa, varios países se enfrentan a enormes problemas en lo que respecta a la prestación de atención y tratamiento al número sin precedentes de pacientes hospitalizados. Ello ha dado lugar a una generosa solidaridad internacional por parte de países como China, Cuba y la Federación de Rusia, que han enviado médicos y equipos a países gravemente afectados, como Italia, para apoyar la respuesta en el terreno ⁷². Además, se está intensificando la colaboración entre los países. En las regiones fronterizas entre Francia y Alemania, por ejemplo, se está trasladando a pacientes de hospitales franceses desbordados a instalaciones alemanas con capacidad, y Suiza y Alemania están recibiendo pacientes de cuidados intensivos de Italia.

Todo ello pone de relieve la necesidad crucial de prever un gasto público adecuado para crear sistemas de salud fuertes, resilientes y sólidos que sean, sobre todo, capaces de proporcionar un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad, y que cuenten con recursos suficientes para responder a brotes inesperados de enfermedades, como la pandemia de COVID-19.

Protección social de la salud y financiación de la atención de salud ⁷³

Además de asegurar una protección social adecuada para los trabajadores sanitarios, el garantizar el acceso a una atención de salud asequible para toda la población es igualmente decisivo durante la crisis de la COVID-19. La protección social desempeña un papel fundamental en la mejora y la prevención de la propia crisis sanitaria ⁷⁴, lo que incluye, en primer lugar, la prevención del empobrecimiento de las personas y los hogares como resultado directo de la búsqueda de atención de salud, así como el fomento de comportamientos preventivos.

La protección social de la salud ofrece un enfoque basado en los derechos para lograr la cobertura sanitaria universal, que garantiza la protección financiera y el acceso efectivo a los servicios de atención de salud ⁷⁵. Los mecanismos de protección social de la salud con financiación colectiva, sufragados mediante contribuciones a la seguridad social, impuestos o una combinación de ambos, generan efectos redistributivos positivos y no transfieren los riesgos financieros y del mercado laboral a las personas. De esta manera, la dimensión económica de buscar atención cuando se necesita no es una consideración que fomente el retraso o la renuncia a la misma. En el contexto de una crisis sanitaria relacionada con una enfermedad transmisible, se trata de una cuestión particularmente pertinente.

En respuesta a la crisis de la COVID-19, muchos gobiernos han adoptado medidas para canalizar recursos fiscales adicionales a su sistema de salud. El Gobierno del Reino Unido ha asignado 6.100 millones de dólares de los Estados Unidos, como parte de su mayor

70 DKG zur Behauptung des Ministers die Kliniken erhielten 7,8 Milliarden Euro zusätzlich 7,8 Milliarden Euro angebliche Zusatzfinanzierung der Kliniken hält einem Faktencheck nicht stand, en DKG Press, 21 de marzo de 2020 [acceso el 9 de abril de 2020].

71 J. Hopmann y otros: *Managing COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries*, JAMA Network (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

72 *Gemeinsam für Italien*, in tagesschau.de, 23 Mar. 2020 [accessed 9 April 2020].

73 Esta sección es una contribución del Departamento de Protección Social de la OIT Para más información, véase OIT: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT, Ginebra, 2020), y OIT: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, de próxima aparición).

74 OIT: "Social Protection Monitor: "Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, de próxima aparición).

75 OIT: "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles", Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT (Ginebra, 2020).

estímulo fiscal en 30 años, para apoyar a su servicio nacional de salud ⁷⁶. España ha asignado 1.000 millones de euros al Ministerio de Sanidad; Italia ha aportado 3.500 millones de euros para financiar la lucha contra la pandemia, y Alemania ha decidido adoptar una serie de medidas financieras para garantizar la financiación de los hospitales, la atención ambulatoria y la atención a largo plazo a fin de compensar los costos relacionados con la COVID-19 ⁷⁷. En algunos países, como España, en los que también se presta atención de salud de forma privada y, por lo tanto, algunos proveedores no están integrados en la red de planes de protección social de la salud, se han adoptado medidas para integrarlos en la respuesta ⁷⁸. Esto ilustra la importancia de un sistema de salud coordinado en el que la prestación pública desempeña el papel central, que puede complementarse con proveedores de servicios privados

en el marco de la reglamentación pública. En los países donde la carga financiera del acceso a la atención de la salud recae en los hogares o se sufraga mediante seguros privados voluntarios, los gobiernos se han visto obligados a tomar medidas de salud pública de más amplio alcance para evitar complicaciones.

Se necesita una estructura de financiación sólida y bien diseñada para ofrecer incentivos a los proveedores de servicios de salud que cumplan con los criterios de disponibilidad universal, accesibilidad, aceptabilidad y atención sanitaria de calidad en consonancia con los instrumentos de derechos humanos y las normas internacionales de seguridad social ⁷⁹, así como para reforzar el sistema de salud general de un país. Ello requiere una coordinación estrecha y efectiva entre las partes interesadas para la financiación, la contratación y la prestación de servicios de salud.

Recuadro 3. Creación de una capacidad de respuesta progresiva al choque: la respuesta de China a la crisis

La capacidad de China para responder a esta crisis sanitaria sin precedentes tiene sus raíces en decenios de inversión en su sistema de salud y en los esfuerzos concretos por ampliar la cobertura de la protección social de la salud, inclusive en respuesta a crisis sanitarias y económicas.

Frente a la crisis de la COVID-19, el Gobierno de China adoptó medidas específicas de protección social. Entre ellas figuraban la reducción o la exención de las obligaciones en materia de contribuciones al seguro social de salud por un período de hasta cinco meses para aliviar la presión sobre los empleadores en el pago de las contribuciones.¹ El Gobierno también adoptó un enfoque administrativo sensato que apoyaba el distanciamiento físico, por ejemplo, permitiendo que las consultas médicas para enfermedades crónicas y comunes se realizaran en línea y facilitando la presentación electrónica de las solicitudes de reembolso de servicios médicos.²

¿Qué enseñanzas pueden extraerse?

Una evaluación de la eficacia de cualquier respuesta del sistema de protección social en medio de una crisis o inmediatamente después corre el riesgo de ser prematura. Lo que sí está claro es que la ampliación progresiva de la protección social de la salud en China ha permitido una inversión significativa en el sistema de atención de salud y sus infraestructuras a lo largo del tiempo y ha apoyado una mayor utilización de los servicios. El enfoque estratégico de China de ampliación progresiva ofrece una importante lección y deja cierto margen para su reproducción en otros países, aunque sea a menor escala, incluso en países de ingreso bajo con limitaciones de recursos.

Una respuesta coordinada de los sistemas de salud y protección social ha contribuido al éxito de China en el “aplanamiento de la curva” de infección.

¹ Esto se traduce en una reducción de la recaudación de contribuciones de 71.000 millones de dólares de los Estados Unidos. Véase link [acceso el 9 de abril de 2020].

² National Medical Insurance Bureau: [Online consultation for patients with common or chronic diseases during the epidemic can be reimbursed, the People's Republic of China \(PRC\)](#) [acceso el 9 de abril de 2020].

⁷⁶ P. Russell: [Budget: Extra £5 Billion for the NHS to Combat COVID-19](#) (2020) [acceso el 9 de abril de 2020].

⁷⁷ [COVID-19 Response monitor](#) [acceso el 6 de abril de 2020]

⁷⁸ OIT: “Social protection responses to the Covid-19 crisis - Country responses and policy considerations”, Social protection spotlight, Departamento de Protección Social de la OIT. (Ginebra, de próxima aparición).

⁷⁹ De conformidad con la Recomendación núm. 202, los pisos de protección social establecidos a nivel nacional deberían comprender “acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;” (párrafo 4 a)).

► 3. Herramientas y respuestas de la OIT

Si bien otras emergencias de salud pública, como los brotes de la enfermedad del virus del Ébola y el síndrome respiratorio agudo grave han demostrado la eficacia de la planificación de emergencias a corto plazo, la pandemia de COVID-19 está poniendo de relieve la necesidad de una inversión coordinada y sostenible en el sector de la salud. Está poniendo en tela de juicio las opiniones tradicionales sobre los sistemas de salud como una carga que agota los recursos de las economías nacionales al destacar la importancia que revisten para el crecimiento económico y el bienestar de la sociedad.

La crisis de la COVID-19 está llamando la atención sobre los ya sobrecargados sistemas de salud pública de muchos países y sobre los problemas que se plantean para contratar, desplegar, retener y proteger a trabajadores sanitarios lo suficientemente capacitados, apoyados y motivados. Subraya la gran necesidad de una inversión sostenible en los sistemas de salud, incluido el personal sanitario, las condiciones de trabajo decente y los equipos adecuados.

En el seguimiento de la [Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico](#) en 2017, la OIT unió sus fuerzas a las de la OMS y la OCDE para establecer el [Programa Trabajar para la salud y el Fondo Fiduciario](#) de asociados múltiples. Este programa presta asistencia a los países y a los mandantes para la formulación de estrategias destinadas a aumentar las inversiones en su fuerza de trabajo en el sector de la salud, basadas en datos fiables sobre el mercado del trabajo sanitario, en la participación de partes interesadas múltiples y en el diálogo social.

El diálogo social es fundamental para establecer sistemas de salud resilientes, por lo que tiene una función decisiva que desempeñar en la respuesta a la crisis y la preparación para las situaciones de emergencia.

La [Recomendación sobre el empleo y el trabajo decente para la paz y la Resiliencia 2017 \(núm. 205\)](#) aborda situaciones de desastre similares a las que están afrontando los países con la COVID-19. La Recomendación proporciona orientaciones detalladas a los mandantes sobre las medidas que deberían adoptarse en el ámbito del empleo y el trabajo decente para prevenir las crisis, posibilitar la recuperación y potenciar la resiliencia. Pone de relieve la importancia

del diálogo social y la función esencial que desempeñan las organizaciones de empleadores y de trabajadores en las respuestas a las crisis ⁸⁰.

La noción de la participación de las organizaciones de empleadores y de trabajadores en la formulación de políticas sanitarias ya aparece en el [Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 149\)](#), que establece que: “[...] una política de servicios y de personal de enfermería [...] en el marco de una programación general de los servicios de salud, [...] deberá formularse en consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas, cuando éstas existan.. [...]” y especifica que “la participación del personal de enfermería en la planificación de los servicios de enfermería y la consulta a este personal en la adopción de las decisiones que le afectan” deberá fomentarse y que “la determinación de las condiciones de empleo y de trabajo deberá realizarse, de preferencia, mediante negociaciones entre las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas”.

Para hacer frente al problema de la “fuga de cerebros” de los países en desarrollo, las consideraciones relativas al sector de la salud deben ser fundamentales en todo acuerdo de gestión de la migración laboral, desde las perspectivas de la salud pública y la economía. Tanto para los países de origen como de destino, unos marcos de migración justos y un diálogo sobre acuerdos bilaterales que tengan en cuenta las cuestiones de género y se basen en los derechos pueden ofrecer otras vías de estudio.

Los derechos laborales y la protección a los trabajadores, así como las medidas de seguridad social, son fundamentales para prestar una atención sanitaria de calidad y garantizar la protección de los trabajadores sanitarios, sus familias y la población en general durante esta pandemia y después de ella. Los trabajadores sanitarios, al igual que todos los demás trabajadores, deben estar cubiertos por reglamentos que protejan su salud y seguridad, proporcionen una compensación financiera adecuada por la pérdida de ingresos y cubran los costos del tratamiento médico en caso de enfermedad ⁸¹.

Para asegurar el cumplimiento de las reglas, su eficacia y su adaptación a los objetivos públicos más allá del brote de COVID-19, se deberían aplicar las normas internacionales del trabajo pertinentes.

⁸⁰ [COVID-19 and R205: what role for workers' organizations?](#) (Ginebra, 2020)

⁸¹ OIT: Mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud: Informe para la Reunión tripartita sobre la mejora del empleo y las condiciones de trabajo en el ámbito de los servicios de salud (Ginebra, 2017).

Instrumentos de la OIT pertinentes para los trabajadores sanitarios

- [Directrices sobre el trabajo decente en los servicios públicos de urgencia \(2018\)](#)
- [WHO-ILO Guidelines on occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders \(2018\)](#)
- [WASH@Work: Manual de autoformación](#)
- [OIT- OMS, HealthWISE - Mejoras laborales en los servicios de salud \(2014\)](#)
- [ILO-ICN-WHO-PSI Framework guidelines for addressing work-place violence in the health sector \(2005\)](#)
- [Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo \(ILO-OSH 2001\)](#)

Contactos

Organización Internacional del Trabajo
Route des Morillons 4
CH-1211 Ginebra 22
Suiza

Departamento de Políticas Sectoriales
E: covidresponsesector@ilo.org

► Anexo: Convenios y Recomendaciones de la OIT

Convenios y recomendaciones de la OIT pertinentes para el sector de la salud.

- [Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 \(núm. 87\)](#)
- [Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 \(núm. 98\)](#)
- [Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 \(núm. 100\)](#)
- [Convenio sobre la discriminación \(empleo y ocupación\), 1958 \(núm. 111\)](#)
- [Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 149\)](#)
- [Recomendación sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 157\)](#)
- [Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 \(núm. 151\)](#)
- [Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 \(núm. 155\)](#)
- [Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 \(núm. 187\)](#)
- [Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 \(núm. 190\)](#)
- [Recomendación sobre la violencia y el acoso, 2019 \(núm. 206\)](#)

Normas internacionales del trabajo sobre protección social

- [Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 \(núm. 69\)](#)
- [Convenio sobre la seguridad social \(norma mínima\), 1952 \(núm. 102\)](#)
- [Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 \(núm. 121\)](#)
- [Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 \(núm. 130\)](#)
- [Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 \(núm. 134\)](#)