



Asamblea General

Distr. general
24 de septiembre de 2015
Español
Original: inglés

Septuagésimo período de sesiones

Tema 125 del programa

Salud mundial y política exterior

Nota del Secretario General

El Secretario General transmite por la presente el informe preparado por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud de conformidad con lo dispuesto en la resolución 69/132 de la Asamblea General.



Informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre la protección del personal sanitario

Resumen

La Asamblea General, en su resolución 69/132, abordó la cuestión del personal sanitario como parte del establecimiento de sistemas nacionales de salud resilientes y de la promoción del logro de la cobertura sanitaria universal. Se refirió en particular a la protección del personal sanitario, reconociendo que los ataques contra el personal médico y sanitario tienen efectos perdurables, incluidos la pérdida de la vida y el sufrimiento humano, debilitan la capacidad de los sistemas de salud de prestar servicios esenciales que salvan vidas y entorpecen el desarrollo sanitario.

Los ataques contra el personal médico y sanitario, los establecimientos sanitarios y los medios de transporte afectan seriamente al acceso a la atención de la salud, privan a los pacientes de tratamiento e interrumpen las medidas para prevenir y controlar las enfermedades contagiosas. Los médicos, enfermeros y otros trabajadores sanitarios deben poder realizar su labor humana y humanitaria para salvar vidas sin verse sometidos a amenazas de violencia e inseguridad.

Abordar la violencia contra el personal sanitario y garantizar su protección frente a las amenazas físicas y psicológicas, y su exposición a un entorno de trabajo peligroso, requiere un enérgico mensaje político en cuanto al carácter inadmisibles de esos actos. Si no se frena, esa violencia a menudo provoca el absentismo del personal sanitario o incluso el abandono de sus puestos de trabajo, lo que agrava la continua y creciente necesidad a nivel mundial de disponer de un cuerpo de profesionales sanitarios bien formado, motivado y lo bastante numeroso como para atender las necesidades de las poblaciones en todos los países.

I. Introducción

1. La Asamblea General, en su resolución 69/132, reafirmó el compromiso de los Estados Miembros de lograr todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, subrayando que los Objetivos relacionados con la salud son fundamentales para el logro de todos ellos. En la resolución también se reconocía que la salud es un requisito previo a la vez que un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible, pero que los problemas en materia de salud mundial siguen existiendo y requieren una atención constante.

2. Uno de los problemas de la salud mundial que se reconocían en la resolución 69/132 es la pertinencia del personal sanitario como uno de los elementos fundamentales de un sistema nacional de salud resiliente. Además, en la resolución se destacaba que el respeto de la integridad y la seguridad del personal médico y sanitario en el desempeño de sus tareas y de la de sus medios de transporte y establecimientos permite mejorar no solo el desarrollo de sistemas de salud resilientes y promover el logro de la cobertura sanitaria universal, sino también el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental.

3. La resolución reafirmó el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como autoridad rectora y coordinadora de la labor internacional en materia de salud y reconoció el papel clave de esa organización y otras organizaciones internacionales competentes en la elaboración y aplicación de medidas preventivas para promover la seguridad del personal médico y sanitario, de sus medios de transporte y de los establecimientos médicos, y el respeto de sus respectivos códigos de ética profesional.

4. Al abordar la cuestión de la protección del personal sanitario, la Asamblea General examinó varios elementos, entre ellos la cuestión de las agresiones o amenazas físicas y psicológicas al personal médico y sanitario. Las agresiones físicas y otros actos violentos no solo tienen repercusiones inmediatas en las personas afectadas, sino que también debilitan la capacidad del sistema de salud para prestar servicios esenciales que salvan vidas. Esos ataques, amenazas y otros actos que impiden que el personal médico y sanitario desempeñe sus tareas médicas tienen lugar no solo en situaciones de conflicto armado y de emergencia, sino también en el ejercicio cotidiano de sus funciones.

5. En la resolución 69/132, la Asamblea General también abordó la cuestión de la exposición del personal sanitario a entornos de trabajo peligrosos, como cuando actúan para prevenir, detectar y responder a enfermedades infecciosas, o cuando trabajan en hospitales que tienen daños estructurales a consecuencia de, entre otras cosas, desastres naturales, como terremotos o tsunamis. Además, también se consideraron importantes en este contexto las cuestiones relativas a la promoción del respeto de la integridad del personal médico y sanitario en el desempeño de sus deberes y de la capacitación eficaz, la retención y la distribución equitativa del personal sanitario.

6. La Asamblea General pidió al Secretario General que, en estrecha colaboración con la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, presentase un informe sobre la protección del personal sanitario en el que se reúna y analice la experiencia de los Estados Miembros y se formulen recomendaciones para que las partes interesadas pertinentes adopten medidas, incluidas medidas preventivas apropiadas.

II. La violencia en las situaciones de conflicto armado y de emergencia

7. La mayoría de los conflictos actuales van acompañados de abusos generalizados de los derechos humanos y violaciones del derecho internacional humanitario. Preocupa en particular el aumento de los ataques contra el personal humanitario y las agresiones contra el personal sanitario, los centros de salud y los pacientes. Además, los trabajadores sanitarios pueden ser objeto de violencia colectiva o política.

8. Esos ataques entorpecen gravemente el acceso y el derecho a la atención de la salud, y debilitan los sistemas de salud. Aumentan el riesgo de trabajar en esos entornos, incrementan los gastos de funcionamiento conexos y requieren recurrir a expertos adicionales (por ejemplo, para negociar el acceso)¹.

9. La Asamblea General, en su resolución 69/132, reafirmó las normas y los principios aplicables del derecho internacional humanitario, incluidas las disposiciones de los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977 y 2005, según corresponda, e instó a que se respeten plenamente, así como el derecho consuetudinario internacional referente a la protección del personal médico y del personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos médicos.

10. A pesar del instrumento jurídico y del derecho consuetudinario, persisten los ataques contra el personal médico y sanitario, los establecimientos de salud, los vehículos y los pacientes. Se dispone de datos mundiales sobre los ataques contra la salud. En cambio, no existe ninguna metodología normalizada para la recopilación de datos ni un depósito central en el que se recojan los informes sobre las estadísticas de la violencia en la atención de salud. Los datos son acopiados por diferentes entidades para fines diferentes, tienen distinto enfoque geográfico y son de calidad diversa. Todo ello hace difícil cuantificar la magnitud del problema.

11. Un informe de la OMS encargado en 2014 y basado en un examen de datos secundarios de fuentes de acceso libre reveló que solamente en ese año se registraron ataques contra la salud en 32 países. Los datos reunidos por el Comité Internacional de la Cruz Roja entre enero de 2012 y diciembre de 2014 señalaron 2.398 incidentes en 11 países².

12. Los ataques pueden clasificarse en varias categorías: a) violencia contra establecimientos de atención sanitaria; b) violencia contra el personal médico y sanitario; c) violencia contra los medios de transporte y los vehículos médicos; d) violencia contra los pacientes, los heridos y los enfermos; y e) violencia contra las instituciones y los órganos oficiales médicos y sanitarios, como ministerios de salud, instituciones académicas y otras entidades.

¹ OMS, *WHO's Six-Year Strategic Plan to Minimize the Health Impact of Emergencies and Disasters 2014-2019*; puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171852/1/WHO_PEC_ERM_ERX_2015,6_STR_eng.pdf?ua=1&ua=1.

² CICR, *Violent incidents affecting the delivery of health care: Health care in danger, January 2012 to December 2014*. Puede consultarse en: www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf.

13. Varias organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales (ONG) se están ocupando activamente de la cuestión de los ataques contra el personal médico y sanitario, sus medios de transporte y sus establecimientos, entre otras cosas para encontrar medidas preventivas apropiadas que permitan mejorar y promover la seguridad y la protección de los centros de salud, el personal sanitario y sus medios de transporte, así como de los pacientes.

14. En respuesta al llamamiento formulado por sus Estados miembros en la resolución 65.20 de la Asamblea Mundial de la Salud en 2012, la OMS ha tomado la iniciativa de convocar a una amplia gama de interesados para elaborar una metodología e instrumentos para la recopilación sistemática de datos sobre los ataques contra los establecimientos de salud, el personal sanitario, los transportes médicos y los pacientes en emergencias humanitarias complejas. Los instrumentos facilitan la recopilación, el análisis y la presentación de datos y proporcionan medios electrónicos para el acopio, el tratamiento y la presentación de datos de forma simplificada y segura, así como procedimientos operativos estándar y normas para una gestión de datos segura y ética. Tras amplias consultas, la metodología ya se ha acordado y se está ensayando sobre el terreno.

15. La Directora General de la OMS ha sido una franca defensora del derecho a la salud y ha formulado numerosas declaraciones en las que ha destacado el problema de la frecuencia de los ataques contra trabajadores, establecimientos y medios de transporte sanitarios y contra pacientes. En la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2015, la Directora General instó a la acción colectiva para poner fin a esos ataques. Durante la sesión plenaria, la Directora General encendió una vela en una ceremonia celebrada para rendir homenaje y recordar a los trabajadores de la salud muertos mientras atendían a las personas necesitadas. En un importante acto paralelo, la Directora General subrayó el compromiso de la OMS de adoptar todas las medidas posibles para poner fin a los ataques contra la atención sanitaria.

16. A nivel de toda la organización, la OMS promueve continuamente el derecho a la salud y recuerda de forma sistemática a todas las partes en conflicto que protejan al personal sanitario, los establecimientos de salud y los medios de transporte médicos, y cumplan las obligaciones que les impone el derecho internacional humanitario.

17. La OMS cuenta ahora con personal que trabaja a tiempo completo para comprender mejor la magnitud y la naturaleza del problema de los ataques contra la atención sanitaria, así como para determinar y promover medidas preventivas y soluciones prácticas. La OMS seguirá abogando por la protección de los trabajadores sanitarios y ayudando a los Estados miembros en la elaboración de medidas preventivas adecuadas y sistemas de salud más resilientes.

18. La campaña Asistencia de salud en peligro del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) es una iniciativa liderada por el CICR a nivel de todo el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que tiene por objeto hacer frente a los efectos generalizados y graves de los actos ilegales y a veces violentos que obstruyen la prestación de atención sanitaria, dañan o destruyen instalaciones y vehículos, y hieren o matan a trabajadores sanitarios y pacientes en conflictos

armados y otras situaciones de emergencia³. El proyecto, cuya ejecución abarca el período 2011 a 2015, se ha centrado en el fortalecimiento de la protección de los enfermos y heridos en esas situaciones mediante la adopción de medidas concretas diseñadas para ayudar a garantizar que tengan un acceso seguro a una atención de la salud eficaz e imparcial. Durante ese período, el CICR y las sociedades nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja seguirán instando a los Estados partes en los Convenios de Ginebra, la comunidad sanitaria en general y otras partes interesadas a idear soluciones concretas y comprometerse a su aplicación⁴.

19. En 2012 Médecins sans Frontières puso en marcha su proyecto Medical Care Under Fire⁵, estrechamente alineado con Asistencia de salud en peligro del CICR, también con el fin de abordar la cuestión de la violencia contra la atención sanitaria; es un proceso interno de recopilación de datos e intercambio de mejores prácticas. Junto con Asistencia de salud en peligro del CICR y otras importantes iniciativas señaladas en el presente informe, se ha generado un consenso sobre el carácter urgente e imperativo de abordar de forma colectiva el aumento de la violencia contra el personal sanitario.

20. Otras posibles fuentes de datos sobre la violencia contra la asistencia sanitaria son: Aid Worker Security Database (base de datos sobre la seguridad del personal de asistencia), que registra incidentes importantes de violencia contra el personal de asistencia, con informes de incidentes desde 1997 hasta la fecha; el Proyecto Armed Conflict Location and Event Data contiene datos sobre la violencia política respecto de Estados en desarrollo de África y ha puesto en marcha una bolsa de datos humanitarios (Humanitarian Data Exchange); Physicians for Human Rights trabaja para poner fin a las atrocidades en masa y los actos que provocan graves daños físicos o mentales graves a las personas; el Consejo de Relaciones Exteriores patrocina un mapa interactivo que muestra los brotes de sarampión, parotiditis, tos ferina, poliomielitis, rubéola y otras enfermedades que pueden prevenirse fácilmente mediante vacunas eficaces y baratas; el Oxford Research Group mantiene una plataforma basada en la web para informar sobre el número de víctimas; se trata de una red de más de 40 miembros que recopilan y registran datos sobre las víctimas de conflictos y honran su memoria.

III. La violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud

21. El personal sanitario está expuesto a un alto riesgo de violencia en todo el mundo. Entre el 8% y el 38% de los trabajadores sanitarios son víctimas de violencia física en algún momento de su vida profesional⁶. Muchos más son víctimas de amenazas o agresiones verbales. En la mayoría de los casos los actos

³ CICR, “Violence against health care must end”, *Asistencia de salud en peligro*. Puede consultarse en: www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-health-care-in-danger-project.htm.

⁴ CICR, *Asistencia de salud en peligro: preguntas y respuestas*. Puede consultarse en: www.icrc.org/spa/resources/documents/faq/health-care-in-danger-faq-2011-08-05.htm.

⁵ Médecins sans Frontières, *Medical care under fire*. Puede consultarse en: www.msf.org/topics/medical-care-under-fire.

⁶ OMS, *Violence and Injury Prevention*, “Violence against health workers”; puede consultarse en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

violentos son cometidos por pacientes y visitantes. Las categorías de personal sanitario que corren mayor riesgo son los enfermeros y otro personal que participa directamente en la atención de los pacientes, el personal de las salas de emergencia y los paramédicos.

22. La violencia contra los trabajadores sanitarios es inaceptable. No solo tiene un efecto negativo en el bienestar físico y psicológico del personal sanitario, sino que también influye en su motivación para el trabajo. La consecuencia es que esta violencia menoscaba la calidad de la atención y pone en riesgo la prestación de los servicios. También da lugar a enormes pérdidas financieras en el sector de la salud.

23. Los trabajadores sanitarios, en el curso de su labor cotidiana, suelen tener contacto directo con personas que sufren y que viven una situación de estrés y violencia. Combinados con el riesgo de ser víctimas de violencia, los niveles de estrés ocupacional pueden ser mayores y producir problemas de salud mental, mayores tasas de enfermedad y, en última instancia, pérdida de personal.

24. Las intervenciones encaminadas a prevenir la violencia contra el personal sanitario en situaciones que no son de emergencia se centran en estrategias que tienen por objeto mejorar la gestión de los pacientes violentos y los visitantes de alto riesgo. Se necesitan más investigaciones para evaluar la eficacia de estos programas, en particular en entornos de bajos recursos.

25. La OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras e Internacional de Servicios Públicos (ISP) elaboraron conjuntamente unas directrices marco para hacer frente a la violencia laboral en el sector de la salud⁷ con el fin de apoyar la formulación de políticas de prevención de la violencia en situaciones que no son de emergencia, así como un cuestionario y un protocolo de estudio para investigar la magnitud y las consecuencias de la violencia en esos contextos.

26. Las directrices marco abordan tanto la violencia física como la psicológica, e incluyen los actos clasificados como agresión/ataque, el abuso, el hostigamiento o intimidación, distintas formas de acoso, incluido el acoso sexual y racial, amenazas y otros. En cuanto al alcance, las directrices entienden por lugar de trabajo cualquier centro de atención de la salud, con independencia del tamaño, la ubicación o el tipo de servicios prestados, así como cualquier otro lugar donde se presten servicios de salud fuera de los centros de atención, por ejemplo, los servicios de ambulancia o la atención a domicilio.

27. Las directrices no son preceptivas, pero pueden utilizarse como instrumento de referencia para facilitar la elaboración de políticas y otros instrumentos con el fin de dar respuestas concretas a determinadas situaciones y necesidades. Pueden, además, promover el diálogo y las consultas entre los interesados pertinentes, como el gobierno, los empleadores y los trabajadores sanitarios, así como profesionales y otras ONG que se dedican a la cuestión de la violencia en el lugar de trabajo.

28. Es importante señalar que la violencia en el lugar de trabajo es un problema estructural y estratégico, arraigado en factores sociales, económicos, institucionales, culturales e individuales, con complejas relaciones entre sí. Entre las respuestas

⁷ CIE, OIT, OMS, ISP, “Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector”; puede consultarse en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/.

inmediatas cabe citar las medidas preventivas, como las medidas de seguridad y la mejora del entorno físico, y el apoyo a las víctimas en caso de incidentes violentos, incluida asistencia médica y psicológica, así como apoyo entre iguales y de los niveles superiores, asistencia jurídica y rehabilitación.

29. Con todo, hacer frente a la violencia laboral en el sector sanitario exige dar una respuesta integral que favorezca un enfoque integrado, participativo, sensible a las cuestiones culturales y de género, no discriminatorio y sistemático. Para poner en práctica las directrices marco, la OMS, la OIT, el CIE e ISP prepararon en 2005 un manual de capacitación para hacer frente a la violencia laboral en el sector sanitario.

IV. Seguridad de los hospitales y centros de salud

30. Las emergencias y los desastres suelen ocasionar daños y destrucción en los hospitales y otras partes de la infraestructura sanitaria; en esos incidentes pierden la vida trabajadores sanitarios y se debilita la capacidad de los sistemas de salud para prestar servicios médicos. Garantizar la seguridad de los hospitales y su accesibilidad y funcionalidad salva vidas y permite que el personal médico y sanitario trabaje al máximo de su capacidad inmediatamente después de un desastre, en vez de ser una de sus principales víctimas.

31. El tifón Haiyan que azotó la región central de Filipinas en 2013 afectó a más de 2.000 centros de salud⁸, de los cuales más de 600 quedaron destruidos. El mayor grado de preparación en todo el sector de la salud contribuyó en gran medida al hecho de que en 2014 no se registraran víctimas en la mayoría de las zonas afectadas por el tifón Ruby en Filipinas. La promoción de la seguridad de los hospitales y centros de salud es un elemento clave en la reducción de la mortalidad y las lesiones en los desastres naturales.

32. Sin embargo, varias actividades que aumentan la protección de la salud de las poblaciones en situaciones de emergencia tienen carácter transectorial y van más allá del ámbito de los sistemas de salud. Un ejemplo claro de ello es la labor de la Iniciativa Hospitales Seguros, que denota el claro compromiso de los gobiernos a todos los niveles y de las comunidades para aumentar la seguridad de los hospitales ante los desastres. Incluye actividades relacionadas con los principales factores de riesgo, como las cuestiones ambientales, así como la urbanización, el uso de la tierra y los códigos de construcción. A lo largo de los últimos años, 79 países han adoptado medidas en el marco de esta iniciativa para aumentar la seguridad de los hospitales en los desastres.

33. Algunas de las iniciativas surgidas en torno a la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres que congregaron a la OMS y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas incluyen la Campaña Mundial para la Reducción de los Desastres 2008-2009 sobre hospitales seguros frente a los desastres, la campaña de 2010-2011 Desarrollando ciudades resilientes: mi ciudad se está preparando, el Día Mundial de la Salud 2008 sobre el cambio climático y la salud, el Día Mundial de la Salud 2009 sobre hospitales seguros en situaciones de emergencia, y el Día Mundial de la Salud 2010 sobre salud urbana, entre otros asuntos.

⁸ Véase *Outbreaks and emergencies*; puede consultarse en: www.wpro.who.int/outbreaks_emergencies/haiyan/en/.

34. Los Estados Miembros demuestran cada vez más la importancia que conceden a la reducción de los riesgos para la salud en situaciones de emergencia y desastres. Un signo evidente del sólido compromiso político fue la aprobación del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 por 187 Estados Miembros reunidos en la Tercera Conferencia Mundial sobre la Reducción del Riesgo de Desastres en marzo de 2015, en Sendai (Japón)⁹. Este importante marco sitúa a la salud en el centro de las políticas y las medidas mundiales para reducir el riesgo de desastres durante los próximos 15 años.

35. El Marco de Sendai reconoce que “la reducción sustancial del riesgo de desastres exige perseverancia y persistencia, con una atención más explícita a las personas, su salud y sus medios de subsistencia”¹⁰. Exhorta a los Estados Miembros a adoptar medidas para integrar la gestión del riesgo de desastres en la atención de la salud a todos los niveles, y para lograr la resiliencia de los sistemas nacionales de salud, los hospitales y las instalaciones sanitarias.

36. La OMS, en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres y otros órganos de las Naciones Unidas, ONG, instituciones académicas y otros asociados, apoya la aplicación del Marco de Sendai en los países prestando asistencia encaminada a fortalecer su capacidad para la gestión del riesgo de emergencias y desastres para la salud.

37. Entre las tres principales iniciativas anunciadas en el Marco para apoyar los compromisos adoptados en Sendai, la OMS publicó en 2015 un nuevo marco general sobre hospitales seguros¹¹ para reducir los daños que causan los desastres en este aspecto fundamental de la infraestructura sanitaria y de emergencia de una comunidad, que es uno de los objetivos fundamentales examinados en Sendai.

38. El Marco emplea la expresión “hospitales seguros” para referirse a todos los tipos de establecimientos sanitarios y sus funcionalidades, incluidos los centros de salud, los laboratorios, los dispensarios (incluidos los que prestan servicios de prevención y promoción de la salud), los hospitales de tamaño pequeño y mediano, y los hospitales de referencia. Se hace hincapié en que los países y las comunidades han de dar prioridad a la protección de los hospitales y otros establecimientos sanitarios tanto nuevos como existentes frente a peligros identificados, y deben asegurar la integridad física de los edificios, el equipo y los sistemas hospitalarios críticos¹².

V. Reglamento Sanitario Internacional

39. La capacidad mundial para prevenir, detectar y responder a las enfermedades infecciosas exige disponer de sistemas de salud sólidos, sostenibles y resilientes, capaces de aplicar el Reglamento Sanitario Internacional¹³, incluidas las medidas de preparación para pandemias. La Asamblea General, en su resolución 69/132, invitó

⁹ Marco de Sendai, disponible en:
www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf.

¹⁰ Marco de Sendai, párr. 16.

¹¹ OMS, *Comprehensive Safe Hospital Framework*. Puede consultarse en:
www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf?ua=1.

¹² *Ibid.*, pág. 1.

¹³ OMS, *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, 2ª edición, 2008.

a la OMS a que proporcione apoyo técnico a los Estados Miembros que lo soliciten con el fin de fortalecer su capacidad para responder a emergencias de salud pública y aplicar el Reglamento Sanitario Internacional.

40. En los últimos años, el mundo se ha enfrentado a amenazas sanitarias que han puesto en peligro la paz y la seguridad mundiales. Esas crisis han requerido la intervención de muchos agentes de apoyo a los países para salvar vidas en situaciones de brotes inesperados, así como para mejorar las respuestas y la preparación para futuras crisis.

41. La aparición de infecciones epidémicas y pandemiógenas como el ébola y otras fiebres hemorrágicas víricas, el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), la gripe A(H1N1) en 2009, el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y la gripe aviar, ponen de relieve la necesidad de determinar y gestionar de manera eficaz los riesgos de transmisión de nuevas enfermedades en entornos de atención sanitaria. Los establecimientos de salud pueden actuar como amplificadores de los brotes, aumentando el número de casos y exponiendo al personal sanitario a un mayor riesgo de infectarse y de transmitir las infecciones a otros pacientes, colegas y visitantes. Se necesitan medidas para mejorar la cultura general de seguridad en los establecimientos, además de medidas específicas para proteger la salud del personal sanitario mientras atiende a los pacientes y los fallecidos con un diagnóstico confirmado de infección, así como en las operaciones de selección o atención de cualquier paciente.

42. El Reglamento Sanitario Internacional (2005)¹⁴, que entró en vigor en 2007, es un instrumento histórico para la OMS y para el mundo entero. El Reglamento es vinculante para los 194 Estados miembros de la OMS y sus normas son fundamentales para ayudar a los países a trabajar al unísono para salvar vidas y medios de subsistencia cuando estos se encuentran en peligro a causa de la propagación internacional de enfermedades y otros riesgos para la salud.

43. Se trata de un marco jurídico que proporciona medios de defensa colectivos para detectar episodios de enfermedades y para dar respuesta a los riesgos para la salud pública y las emergencias que pueden tener efectos devastadores en la salud humana y las economías¹⁵. El éxito en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional contribuirá en gran medida a aumentar la seguridad de la salud pública mundial y nacional frente a los múltiples y variados riesgos para la salud pública que tienen el potencial de ser propagados rápidamente mediante los viajes y el comercio globalizado.

44. Según el artículo 2, la finalidad del Reglamento Sanitario Internacional (2005) es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Una de las cuestiones innovadoras del Reglamento Sanitario Internacional (2005) es que ya no se limita a enfermedades concretas como hacían los marcos anteriores, sino que abarca “toda dolencia o afección médica, cualquiera que sea su origen o procedencia, que entrañe o pueda entrañar un daño importante para el ser humano”.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ OMS, *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, *IHR Brief No. 1*, disponible en: <http://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf?ua=1>.

45. Como parte de las medidas de preparación, los Estados partes están obligados a garantizar que sus capacidades nacionales de vigilancia y respuesta sanitaria cumplan ciertos criterios funcionales y tengan un calendario establecido para satisfacer estas normas. Entre ellas figuran las siguientes: capacidades básicas en materia de salud pública para la vigilancia y respuesta: nombramiento de un Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, y requisitos mínimos fundamentales en materia de capacidad de higiene y de salud en los puntos de entrada internacional designados por los países, entre otros.

46. El Reglamento Sanitario Internacional tiene un alcance amplio, pues exige que los Estados partes notifiquen a la OMS una gama de eventos muy variada con arreglo a criterios definidos según los cuales el evento puede constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional. También están obligados a comunicar a la OMS las pruebas importantes de riesgos para la salud pública que observen fuera de su territorio y que puedan hacer que una enfermedad se propague a escala internacional.

47. Esos procedimientos de notificación tienen por objeto ampliar la comunicación de información oportuna y exacta a la OMS en relación con posibles emergencias de salud pública de importancia internacional. La OMS, en su calidad de autoridad neutral con conocimientos técnicos cruciales, puede acceder a la información, recomendar medidas y facilitar la asistencia técnica.

48. El papel de la OMS está respaldado por un Comité de Emergencia que asesora a la Directora General de la OMS cuando se trata de determinar si cierto acontecimiento es una emergencia de salud pública de importancia internacional y de proporcionar asesoramiento sobre las medidas temporales apropiadas, en su caso. Además, hay un Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional encargado de asesorar a la Directora General sobre asuntos técnicos relacionados con las recomendaciones permanentes, el funcionamiento y las enmiendas del Reglamento Sanitario Internacional.

49. En 2009, la gripe A(H1N1) puso de manifiesto los puntos vulnerables en las capacidades nacionales y mundiales. El H1N1 fue la primera prueba importante para el Reglamento Sanitario Internacional desde su entrada en vigor en 2007. El Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional reconoció las vulnerabilidades¹⁶ en la respuesta a las emergencias de salud pública: los Estados partes no cumplieron sus obligaciones en virtud del Reglamento Sanitario Internacional en lo que se refiere al fortalecimiento y el desarrollo de las capacidades nacionales y locales básicas. Las recomendaciones del Comité de Examen también se refirieron a las medidas destinadas a mejorar la preparación a nivel mundial mediante la investigación; el establecimiento de un cuerpo mundial de profesionales sanitarios más amplio y la reducción de la diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades reales.

50. El brote de ébola no solo reveló la vulnerabilidad de los sistemas nacionales de salud, sino que también puso en tela de juicio el papel de la comunidad mundial en las emergencias sanitarias, incluida la OMS como organismo líder en materia de salud. El informe del Grupo de expertos para la evaluación interina del ébola volvió a poner de relieve las carencias del instrumento y de su aplicación. Destacó que casi la cuarta parte de los Estados miembros de la OMS habían establecido prohibiciones

¹⁶ Véase WHA64/10.

y medidas de restricción de los viajes internacionales que afectaron a poblaciones en crisis.

51. Sobre la base de la labor realizada por el Grupo y las deliberaciones que tuvieron lugar durante la Reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo de 2015 sobre el ébola, la 68ª Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General que estableciera un Comité de Examen del Reglamento Sanitario Internacional¹⁷ cuyos objetivos serían: a) evaluar la eficacia del Reglamento Sanitario Internacional (2005); b) evaluar el estado de la aplicación de las recomendaciones del anterior Comité de Examen en 2011¹⁸, y c) recomendar medidas para mejorar el funcionamiento, la transparencia, la eficacia y la eficiencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005), en particular la respuesta de la OMS¹⁹.

52. El Comité se reunió por primera vez en agosto de 2015 y aprobó un calendario provisional para los meses siguientes. Durante las deliberaciones se plantearon varias cuestiones que orientarán la labor futura del Comité y de los Estados miembros. Se determinaron las vulnerabilidades en la aplicación del Reglamento, así como la falta de conocimientos sobre el instrumento en numerosos niveles de los países. También cabe citar otras cuestiones, como la ausencia de un nivel formal de alerta de riesgo sanitario; la necesidad de fortalecer las capacidades en el nivel de los países, y la necesidad de una participación activa de otros agentes, como la comunidad, entre otros. Los subcomités técnicos seguirán trabajando en la cuestión de las capacidades nacionales, la gobernanza y cuestiones generales relativas al Reglamento Sanitario Internacional. El informe final del Comité de Examen se presentará en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016.

VI. Respuesta al ébola

53. La Asamblea General, en su resolución 69/132, expresó su profunda preocupación por el brote del virus del ébola en África Occidental y reconoció que el brote había demostrado la urgencia de tener unos sistemas de salud sólidos que puedan aplicar el Reglamento Sanitario Internacional, medidas de preparación para las pandemias y una cobertura sanitaria universal que promueva el acceso universal a los servicios de salud, lo cual ayudaría a prevenir y detectar posibles brotes.

54. El brote de la enfermedad por el virus del ébola en África Occidental no tiene precedentes en cuanto al elevado número de médicos, enfermeros y otros trabajadores sanitarios que han resultado infectados. A 2 de septiembre de 2015, se había comunicado un total de 881 infecciones confirmadas de trabajadores sanitarios de Guinea, Liberia y Sierra Leona desde el comienzo del brote, con 513 muertes notificadas²⁰. Los trabajadores sanitarios tenían entre 21 y 32 veces más probabilidades de ser infectados por el virus que los miembros de la población

¹⁷ Informe de la primera reunión del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en respuesta al brote de ébola; se puede consultar en: www.who.int/IHR/review-Committee-2016/IHRReviewCommittee_FirstMeetingReport.pdf?ua=1.

¹⁸ Véase la nota 16.

¹⁹ Véase WHA68/DIV./3, disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-en.pdf.

²⁰ OMS, "Ebola Situation Report", 2 de septiembre de 2015. Puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183955/1/roadmapsitrept_2Sept2015_eng.pdf?ua=1.

adulta general. Las razones fueron la insuficiencia de las medidas de prevención y control de las infecciones y de protección de la salud y la seguridad ocupacionales en los centros de atención sanitaria, la escasez de personal, y las malas condiciones de trabajo del personal sanitario²¹.

55. El gran número de víctimas entre los trabajadores sanitarios durante el brote tuvo varias consecuencias que entorpecieron aún más las actividades de lucha contra la enfermedad. Agotó uno de los activos vitales durante el control de cualquier brote. Cuando el miedo hace que el personal se niegue a acudir al trabajo, puede hacerse necesario cerrar los centros de salud. Cuando los hospitales cierran, quedan sin atender otras necesidades médicas urgentes, como los partos en condiciones higiénicas o el tratamiento del paludismo. Cuando gran número de trabajadores sanitarios se infectan, aumenta la ansiedad en la comunidad. En algunas zonas, los pacientes con cualquier dolencia perciben los hospitales como lugares donde serán infectados por el ébola, lo que reduce el acceso a los servicios generales de salud²².

56. La OMS y sus asociados han trabajado con ministerios de salud, administradores y profesionales sanitarios para poner en pie medidas de prevención y control de infecciones, así como estrategias de seguridad y salud en el trabajo y suministros para prevenir infecciones entre el personal sanitario y mejorar la seguridad de los pacientes y las condiciones de trabajo en los establecimientos de atención de la salud. Como resultado de ello, la proporción de infecciones entre trabajadores sanitarios respecto del total de casos descendió del 12% en julio de 2014 a un mínimo del 1% en febrero de 2015²³.

57. La enseñanza extraída es que para reforzar la resiliencia de los servicios de salud ante las epidemias y los brotes es imprescindible ofrecer condiciones de empleo dignas y proteger la seguridad, la salud y el bienestar del personal sanitario. Ello incluye ofrecer las medidas más básicas para la gestión de la salud y la seguridad ocupacionales, la prevención y el control de las infecciones, y un suministro adecuado de agua y saneamiento en todos los establecimientos sanitarios. Los países deben elaborar programas nacionales para la protección de la salud ocupacional y la seguridad de los trabajadores sanitarios²⁴, que incluyan reglamentos, la capacitación de oficiales de seguridad en todas las instalaciones, el suministro de vacunas, dispositivos más seguros, equipo de protección personal y la prestación de servicios básicos de salud ocupacional al personal sanitario. La OMS y la OIT han elaborado instrumentos prácticos y recomendaciones para el fortalecimiento de la capacidad de los países a fin de mejorar las condiciones de

²¹ OMS, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, 21 de mayo de 2015. Puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²² OMS, “Unprecedented number of medical staff infected with Ebola – Situation assessment – 25 August 2014”. Puede consultarse en: <http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/en/>.

²³ OMS, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, 21 de mayo de 2015. Puede consultarse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1.

²⁴ Resolución WHA60.26. “Salud de los trabajadores: plan de acción mundial”. En: 60ª Asamblea Mundial de la Salud, Resoluciones y decisiones: anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1, Resoluciones: 94-99. Puede consultarse en: http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/.

trabajo y la protección de la salud y la seguridad ocupacionales en los establecimientos sanitarios²⁵.

58. Como parte de sus funciones básicas, la OMS colabora activamente con las instituciones asociadas y las redes especializadas en la formulación de estrategias, módulos de capacitación y orientación técnica para colmar las lagunas de conocimientos y mejorar las competencias de los trabajadores sanitarios sobre la manera de proporcionar atención de calidad y velar al mismo tiempo por la seguridad personal. La OMS también apoya las operaciones generales de respuesta a los brotes localizando expertos y enviándolos a los lugares donde se necesitan, y contribuyendo a las evaluaciones del riesgo para la salud pública y el asesoramiento técnico sobre la seguridad del personal. En Internet pueden consultarse varias recomendaciones e instrumentos prácticos, entre otras cosas para la gestión clínica de la enfermedad causada por el virus del ébola y del MERS-CoV.

59. Durante el brote de ébola en África Occidental, la OMS y sus asociados realizaron actividades de capacitación en tres etapas sobre el tratamiento clínico de la enfermedad del virus del ébola en los tres países afectados. Más de 3.000 profesionales sanitarios locales, nacionales e internacionales completaron las etapas 1 (clases en aulas) y 2 (prácticas en unidades de tratamiento de ébola simuladas); más de 1.000 trabajadores sanitarios completaron prácticas clínicas con tutoría (dentro de unidades terapéuticas). En los países expuestos a sufrir brotes de ébola, en el marco de planes nacionales de preparación, se está impartiendo capacitación sobre selección de pacientes y medidas de seguridad del personal en unidades de tratamiento de afecciones distintas del ébola.

60. La experiencia con la enfermedad del virus del ébola en África Occidental ha reafirmado el papel crucial que desempeña una atención de calidad no solo en el bienestar y la supervivencia de los pacientes, sino también en el bienestar de los propios trabajadores sanitarios, así como para fomentar la confianza entre las comunidades afectadas y la participación de estas en la respuesta.

61. El brote de ébola también puso de relieve las repercusiones que tienen las creencias culturales y las prácticas pertinentes en la comunidad para la propagación de una enfermedad, así como para la seguridad y la protección de los servicios médicos y el personal sanitario, incluidos agentes de salud comunitarios y el personal de inhumación. Por ejemplo, habiendo tomado nota de que las prácticas funerarias y de entierro en el África Occidental conllevan un riesgo excepcionalmente alto y que los ritos fúnebres y de entierro ancestrales habían sido señalados como causantes de grandes explosiones de nuevos casos, en noviembre de 2014 se publicó un nuevo protocolo²⁶.

62. Este nuevo protocolo preconizaba entierros dignos que respetan los ritos religiosos en funerales tanto cristianos como musulmanes. Fue elaborado por un equipo interdisciplinario de la OMS y el ONUSIDA, en colaboración con la Federación Internacional de Sociedades de la Media Luna Roja (FICR) y organizaciones confesionales, entre ellas el Consejo Mundial de Iglesias, Socorro

²⁵ OMS y OIT. “Enfermedad por el virus del Ebola: Seguridad y Salud en el Trabajo”. Nota informativa conjunta OMS/OIT dirigida a los trabajadores y a los empleadores. Puede consultarse en: http://www.who.int/occupational_health/publications/ebola_osh/es/.

²⁶ OMS: “How to conduct safe and dignified burial of a patient who has died from suspected or confirmed Ebola virus disease”. Puede consultarse en: www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/en/.

Islámico, Caritas Internationalis y World Vision. El protocolo fue aplicado por los equipos de inhumación gestionados por la FICR, los ministerios de salud y un consorcio de ONG como World Vision, Servicios Católicos de Socorro, Catholic Agency for Overseas Development y Concern Worldwide, en colaboración con dirigentes religiosos locales y con las familias.

VII. Creación de sistemas de salud nacionales resilientes y fortalecimiento de las capacidades nacionales por medio del personal sanitario

63. Para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y el logro de las metas relacionadas con la salud de los objetivos de desarrollo sostenible, es preciso que todas las personas reciban los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Esto implica inversiones sustanciales y estratégicas, en particular en los trabajadores sanitarios y sociales, componente esencial de los sistemas de salud nacionales.

64. En la actualidad, existe un desfase entre la oferta y demanda de trabajadores sanitarios y sociales; la situación es especialmente aguda en los países de ingresos bajos y medianos, donde está previsto que el déficit de profesionales sanitarios capacitados se eleve hasta varios millones en los próximos decenios, en particular en África subsahariana. Si no se adoptan medidas, esta situación repercutirá negativamente en el logro de las prioridades y las metas socioeconómicas nacionales, lo que debilitará los sistemas de salud públicos y expondrá cada vez más a los países a las nuevas amenazas para la salud.

65. En las economías tanto emergentes como de altos ingresos por igual viene observándose un aumento de la demanda de profesionales calificados desde el año 2000. Las pruebas indican que esta tendencia se mantendrá debido a una serie de factores fundamentales, entre ellos los cambios demográficos y epidemiológicos, los avances tecnológicos y la demanda creciente en relación con el acceso equitativo a una gama más amplia de servicios sanitarios y sociales de calidad. Esos factores de las políticas económicas y sociales servirán de estímulo para los mercados de trabajo mundiales, regionales y subregionales que demandarán trabajadores sanitarios cualificados y promoverán nuevas inversiones en la creación de empleo.

66. Habida cuenta de la mayor demanda de trabajadores calificados, muchos países seguirán dependiendo de profesionales sanitarios formados en el extranjero, tendencia que probablemente seguirá aumentando. La migración y la movilidad del personal sanitario es otro aspecto que afecta a los mercados laborales del sector sanitario a nivel mundial, regional y subregional, en particular habida cuenta de la liberalización cada vez mayor de las normas relativas a la migración de personas calificadas, así como las deficientes condiciones de trabajo, entre otros factores que impulsan la emigración, en muchos países de ingresos bajos y medianos.

67. La migración de los profesionales sanitarios y la movilidad y la libertad de circulación del personal sanitario entre los países miembros de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión Europea obligan a prestar mayor atención a las cuestiones relativas a la ética en la contratación de los

trabajadores sanitarios migrantes y al reconocimiento recíproco de las calificaciones profesionales.

68. El Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud, publicado por la OMS²⁷, un marco multilateral para hacer frente a la escasez mundial de personal sanitario y abordar los problemas relacionados con la movilidad internacional de ese personal, promueve principios y prácticas voluntarios en relación con la contratación internacional ética de trabajadores sanitarios, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, los países de destino y el personal de salud que emigra. El aumento de la movilidad y la migración del personal sanitario hace que los principios sustantivos y las disposiciones del Código mundial sean cada vez más esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud en todo el mundo.

69. En la reciente experiencia con el brote de ébola, el déficit o la ausencia de personal basado en la comunidad, desde legos hasta profesionales sanitarios calificados, pusieron de manifiesto la fragilidad de los sistemas actuales. Al tiempo que se mantienen los esfuerzos por asegurar la prestación de servicios de salud esenciales, es igualmente importante prever a mediano y largo plazo la financiación y aplicación de modelos de atención con base empírica que estén en consonancia con la carga de morbilidad imperante y con la aspiración de alcanzar la cobertura sanitaria universal.

70. Para crear sistemas sanitarios resilientes habrá que realizar inversiones estratégicas en los recursos humanos para la salud, teniendo presentes las realidades de la dinámica del mercado de trabajo sanitario. Esto supone ir más allá de las estrategias clásicas que solo buscan aumentar la producción; también hay que formular estrategias para la retención, el despliegue y la contratación eficaces y para la mejora del desempeño del personal sanitario. En realidad, esto incluye reformas que tratan de mejorar las condiciones de trabajo de ese personal, unas políticas de remuneración justas y transparentes, paquetes de incentivos para un despliegue equitativo, estrategias para una educación transformadora y medidas de seguimiento y supervisión.

71. El Programa de Trabajo Decente de la OIT²⁸ se basa en la creación de empleo, los derechos laborales, la protección social (atención médica y la seguridad de la jubilación) y el diálogo social. Las plataformas nacionales con participación de agentes nacionales clave, como los ministerios pertinentes, las asociaciones profesionales y los sindicatos, son fundamentales para hacer frente a las carencias en materia de trabajo decente y contribuyen a lograr cambios positivos en las condiciones de empleo (políticas de remuneración, niveles de sueldos, incentivos, entre otros). Del mismo modo, los órganos reguladores desempeñan un papel importante en el establecimiento de marcos que rigen la práctica y la ética profesional y aseguran servicios de salud de calidad. Promover y mantener entornos de prácticas positivas que apoyen el trabajo decente genera efectos positivos en cuanto a los resultados sanitarios de los pacientes y la calidad general de la prestación de servicios.

²⁷ WHA63.16, anexo. Se puede consultar en: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-sp.pdf?ua=1.

²⁸ Se puede consultar en: www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang-es/index.htm.

72. La OMS ha elaborado una Estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud: Personal sanitario 2030²⁹ para apoyar a todos los Estados miembros y asociados al abordar los problemas relacionados con el personal sanitario con el fin de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. La estrategia pone de relieve las pruebas cada vez mayores de que las inversiones en el personal de salud ofrecen una triple rentabilidad: a) desencadenan un desarrollo socioeconómico más amplio con efectos secundarios positivos en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, incluidas la educación y la igualdad de género, y en la creación de oportunidades de empleo decente y crecimiento económico sostenible; b) ofrecen a los países una primera línea de defensa en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (2005) y promueven la seguridad sanitaria mundial; y c) impulsan mejoras en los resultados sanitarios de la población. La estrategia se presentará a la 69ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2016.

73. En los Estados frágiles y los países en situaciones de emergencia crónicas, la estrategia aboga por una protección añadida del personal sanitario contra la violencia y los daños, como parte de un programa más amplio de entornos de práctica favorables que también garantizan la salud y seguridad ocupacionales y el trabajo.

VIII. Recomendaciones

74. Proteger al personal sanitario es fundamental para que los sistemas de salud tengan capacidad para responder a las emergencias sanitarias y atender las necesidades ordinarias en materia de atención de la salud. La protección y el apoyo al personal sanitario deben estar en el centro de la respuesta de emergencia, la preparación y las actividades encaminadas a lograr un sistema de salud resiliente³⁰.

75. La seguridad sanitaria mundial depende de un personal sanitario preparado para su cometido e integrado en un sistema de salud resiliente. Un personal sanitario cualificado, capacitado, debidamente equipado y apoyado es la primera línea de defensa para los países a la hora de cumplir los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional. Para ello se requiere comprender claramente las repercusiones que tiene la agenda de la seguridad sanitaria mundial en el personal sanitario (capacidades necesarias, necesidades de personal y estrategias para reforzar la actuación del personal), así como inversiones en el desarrollo a largo plazo del personal sanitario con el fin de reforzar la capacidad general del sistema de salud para asegurar la sostenibilidad de las funciones del Reglamento Sanitario Internacional. Este enfoque contribuye al plan conceptual relativo a un cuerpo mundial de profesionales sanitarios para emergencias, al centrarse en los trabajadores sanitarios internos como principales agentes de intervención de primera línea en los países “de riesgo”.

²⁹ Puede consultarse en: www.who.int/hrh/resources/GlobalStrategyHumanResourcesHealth_Workforce2030Table2-3.pdf?ua=1.

³⁰ Véase la nota 23.

76. Una respuesta multisectorial concertada, dentro del sector de la salud y más allá, que se integre en las agendas de desarrollo, actividad diplomática, educación, economía, acción humanitaria y seguridad, es indispensable para el desarrollo, la protección y la seguridad del personal sanitario. Las seguridades del Fondo Monetario Internacional en relación con el alivio de la deuda y un aumento del espacio fiscal para la atención sanitaria deben traducirse en nuevas inversiones en el empleo de trabajadores de salud, especialmente mujeres en las zonas rurales, para catalizar los beneficios sociales y económicos que de ello se derivan.

77. El personal sanitario que trabaja en la primera línea de la lucha contra las emergencias de salud pública debe recibir apoyo, en forma de equipo de protección personal, suministros y capacitación para realizar sus tareas y trabajar con el máximo grado posible de salud y seguridad ocupacionales. Deben trabajar con contratos de empleo, remuneración y prestaciones adecuados para ellos mismos y para sus familiares. Esos mismos principios deben aplicarse para mitigar los riesgos ocupacionales a que está expuesto el personal sanitario derivados de la infección, la prevención y el control de otras enfermedades transmisibles.

78. Lograr el máximo grado posible de seguridad y protección para el personal sanitario requiere también mejorar los planes de educación y formación que tienen como propósito la adquisición de las competencias y habilidades básicas que se necesitan para realizar adecuadamente las funciones del Reglamento Sanitario Internacional (en particular, la vigilancia de las enfermedades, el diagnóstico de laboratorio y gestión de la salud pública). Esto debería abarcar la educación previa al servicio (facultades de medicina y otras instituciones de formación de profesionales sanitarios), la formación en el servicio y los programas de educación profesional continua, incluidos los métodos de aprendizaje electrónico.

79. Conseguir un cuerpo de profesionales sanitarios preparado para su cometido y sostenible exige reforzar el contenido y la aplicación de planes relativos al personal sanitario en el marco de las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud. Se necesitan esfuerzos concertados para fortalecer los diálogos multisectoriales entre todos los agentes que influyen en las cuestiones relativas al personal sanitario en los países, como los ministerios de salud, trabajo, educación y finanzas, otros grupos interesados y el sector privado, con el fin de abordar las normas y prácticas del sector público que obstaculizan la adopción de sistemas de remuneración, condiciones de trabajo y estructuras de carrera adecuados para los profesionales de la salud.

80. Para comprender el mercado laboral del sector de la salud con el fin de diseñar políticas y planes de base empírica es indispensable disponer de datos sobre el personal sanitario. El fortalecimiento de la disponibilidad de datos sobre los recursos humanos para la salud y la cartografía del número, la localización y las competencias de todos los trabajadores sanitarios que participan en la prestación de servicios esenciales de salud es un requisito previo para fortalecer la capacidad del personal sanitario nacional, regional y mundial para la preparación ante situaciones de emergencia, la seguridad sanitaria y los servicios de salud esenciales. El nuevo concepto de la OMS relativo a las cuentas nacionales de personal de salud requiere inversiones en el

fortalecimiento de la capacidad de los países para analizar los recursos humanos para la salud y los datos sobre el sistema de salud, sobre la base de políticas y directrices para la normalización y la interoperabilidad de los recursos humanos para la salud.
