

EL ESTADO COMO GARANTE DE SALUD RETOS Y AMENAZAS

**JORNADAS INTERNACIONALES
SOBRE SISTEMAS SANITARIOS**
BILBAO, 12-13 DE FEBRERO DE 2018



Eduardo García Langarica, Patxi Juaristi, Vicerrector del Campus de Bizkaia de la UPV/EHU e Itziar Irazabal presidenta de medicushmani bizkaia

Los días 12 y 13 de febrero se celebraron en Bilbao las **Jornadas Internacionales sobre Sistemas Sanitarios**, organizadas por **medicushmani Bizkaia** y la Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea. El encuentro estuvo dedicado a explorar y compartir diferentes modelos sanitarios que están en funcionamiento en Centroamérica y África, así como el caso de Euskadi, con un foco especial en los retos relacionados con las desigualdades. Así, durante dos días, el programa de charlas y debates buscaba mostrar una **mirada conjunta sobre las amenazas que se ciernen en torno a los sistemas sanitarios del Norte y del Sur, como son la mercantilización y la privatización, y que ponen en riesgo el derecho humano a la salud.**

Tal y como explicó en la inauguración de las Jornadas Eduardo García Langarica, presidente de la Federación de Asociaciones **medicushmani España**, **la desigualdad es una de las principales causas de muerte y mala salud en todos los países, también en el nuestro.** “La desigualdad mata más que el sedentarismo, el tabaco o el consumo excesivo de alcohol, y sin embargo, ninguna guía clínica de la OMS incluye medidas para combatirla”, afirmaba Eduardo García, médico de familia en la Organización Sanitaria Integrada Araba, “los sistemas de salud pueden y deben jugar un papel muy importante en reducir las desigualdades priorizando la accesibilidad de los más desfavorecidos”. Frente a este reto, el presidente de FAMME fue muy claro, “en nuestra opinión, **solo mediante una cobertura sanitaria universal basada en sistemas públicos financiados con políticas fiscales progresivas y solidarias se puede garantizar ese derecho**”.

En la inauguración participó también Itziar Irazabal, presidenta de **medicmundi** bizkaia, quien contextualizó el encuentro en el marco de un trabajo conjunto con **medicmundi** Gipuzkoa y Álava y con OPIK – el Grupo de Investigación de Determinantes de la Salud y Cambio Demográfico de la UPV/EHU. Las jornadas forman parte de un proyecto de investigación dedicado a analizar los retos y amenazas del sistema de salud vasco. “Desde nuestra mirada europea, a veces nos entran ganas de ir a los países donde trabajamos a decir cómo se tienen que hacer las cosas, así que vimos interesante mirarnos primero a nosotros mismos para ver cómo estamos”, explicaba en el Bizkaia Aretoa Itziar Irazabal.

En una primera fase, **medicmundi** bizkaia y OPIK realizaron un estudio enfocado a ver cómo los determinantes sociales afectan a la salud de la población, analizando los casos de Guatemala, Honduras, El Salvador y la CAV. “En esta segunda fase, tras mirar cómo estamos, queremos compartirlo con los países donde estamos presentes”, afirmaba Irazabal, “nuestra labor también es hacer incidencia política, trabajando codo con codo, pero teniendo muy presente que es el Estado el responsable de la salud de la población, siempre con la participación de la sociedad civil”.

Los resultados del estudio realizado con OPIK, *Amenazas al derecho a la salud en los sistemas sanitarios de Guatemala, Honduras, El Salvador y la Comunidad Autónoma Vasca*, se pudieron ver en el documental *La sanidad en shock: negociando con la salud*, proyectado durante el primer día de las jornadas y producido por Zirriborro.

CONFERENCIA INAUGURAL

La cobertura universal de la salud y el Estado garante de la salud - Verdades y mentiras sobre la privatización y mercantilización de la salud



Eduardo Espinoza – Viceministro de Políticas Públicas de Salud de El Salvador

“Hay una contradicción inherente a todos los problemas que se presentan en salud, y es la **permanente lucha entre su visión como mercancía o como derecho humano fundamental**”, explicaba al inicio de su conferencia Eduardo Espinoza, “está detrás de cualquier conflicto que aflora en salud, y es una buena práctica reflejar esa confrontación

Un ejemplo: Políticas y APS Diferencias conceptuales

	Desde el Neoliberalismo	Desde las Comunidades
Políticas	Distributivas, para <u>aliviar</u> la pobreza	Redistributivas, para <u>erradicar</u> la pobreza, cambiando la estructura de poder
Acceso	A los <u>servicios</u>	A la <u>salud</u>
APS	<u>Selectiva</u> , de canastas o paquetes básicas	<u>Integral</u> , salud como derecho, acceso universal a la salud y cobertura universal de salud

dos décadas posteriores de gobierno neoliberal supusieron una “mercantilización galopante de la sanidad”, en palabras del viceministro.

A raíz del caso de El Salvador, Eduardo Espinoza explicó primero **las formas básicas de privatización**, que pasan por la comercialización de los servicios de salud (incluyendo el cobro a la ciudadanía y la subcontratación en la prestación de servicios), el manejo privado de los fondos públicos y la ofensiva ideológica. Esta última consiste en **convencer a la población de que el modelo privado es más eficiente, redirigiendo así la responsabilidad de la salud al individuo y a las familias**. De esta forma, cuando llegaron al gobierno en 2009, “la política era la ausencia de política”.

- **Reforma sanitaria**

Desde el Ministerio, iniciaron un proceso de reforma en las políticas sanitarias el país, con el fin último de construir un sistema de salud fuerte, universal y accesible financiado por impuestos generales. “Nuestro primer objetivo fue garantizar el derecho a la salud de todas las personas, no solo de los pobres, porque a nuestro entender, construir sistemas de salud para los pobres crea pobres sistemas de salud”, afirmaba Espinoza. Otra de las premisas de la reforma fue una estrategia de Atención Primaria en Salud Integral, entendida como “el trabajo intersectorial, la organización comunitaria, la participación social y la búsqueda constante de la equidad”.

A lo largo de estos nueve años, se han conseguido implantar reformas que han supuesto una clara mejora en la salud y la calidad de vida de la población salvadoreña. **Se ha duplicado la cobertura de servicios, pasando de 372 a 815 Unidades Comunitarias de Salud Familiar**, que supone el primer nivel de atención sanitaria. Se han distribuido los recursos humanos de forma más equitativa por todo el territorio, puesto que en su mayoría el personal sanitario se concentraba en las tres grandes ciudades de El Salvador. Además, todo el servicio se ha unificado mediante un Sistema Único de Información en Salud, basado en software libre.

Ejes de la Reforma de Salud



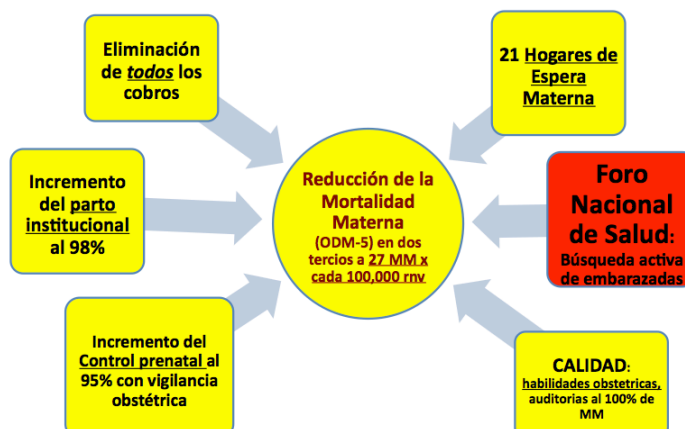
elemental que a veces no es tan evidente”.

El viceministro salvadoreño participó en las Jornadas Internacionales sobre Sistemas Sanitarios con una ponencia donde explicó la enorme transformación que ha vivido el sistema de salud de su país durante los últimos 9 años. Tras 50 años de dictadura militar, y otros 20 de gobierno democrático neoliberal, entró en la presidencia del país el partido FMLN, al que pertenece Espinoza. Si durante la tiranía militar, la salud se había enfocado como “una medida caritativa”, las

Otro de los ejes importantes de la reforma sanitaria fue la **creación del Foro Nacional de Salud**, un organismo autónomo y popular que a día de hoy cuenta con más de 800 comités repartidos por todo el país. El Foro participa en la formulación de todas las políticas relativas a la salud, trasladando las demandas de la población. Uno de los claros ejemplos de su labor es la aprobación, en 2012 de la **Ley de Medicamentos**, tras dos años de movilización ciudadana para evitar que se archivara. Tal y como explicó el viceministro de Políticas Públicas de Salud, hasta

entonces, la regulación de fármacos estaba totalmente tomada por la industria, llegando a ostentar los precios más altos del mundo. En El Salvador, los medicamentos habían alcanzado un margen de más del 5.000% respecto a los precios internacionales de referencia. A partir de la Ley de Medicamentos, los fármacos pasaron a ser gratuitos, suponiendo un ahorro de hasta 60 millones de dólares anuales para las familias.

Estamos entre los 5 países de Latinoamérica con la mas baja mortalidad materna



- **Los logros más importantes**

La implantación de esta estrategia conjunta ha dado como resultado una mejora en la salud de la población, tal y como mostró el viceministro, medible a través de diferentes indicadores. Uno de ellos es el de la **mortalidad materna, que se ha reducido de 200 a 27 casos anuales**, situando a El Salvador entre los cinco países centroamericanos con el índice más bajo. Esto se ha conseguido gracias al incremento del control prenatal, la eliminación de cobros y la creación de 21 hogares de espera materna. Los logros incluyen también la reducción de la mortalidad infantil, el índice más alto de la región en vacunación y un importante descenso en las listas de espera.

Espinoza explicaba ese éxito en base a tres elementos esenciales: **la definición de salud como derecho humano fundamental, su financiación desde los impuestos generales y la construcción colectiva, democrática y participativa de la salud**. Por último, compartió con las personas asistentes las lecciones aprendidas a través a lo largo de estos años: “la privatización del sistema de salud ha demostrado no ser ni eficaz ni eficiente, empeora el acceso, genera inequidad y exclusión social y además burocratiza los procesos de atención”, explicaba, “necesitamos prepararnos para afrontar los opositores a la gestión pública, que son quienes ven en la privatización de la salud una oportunidad para los negocios”.

AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS DE GUATEMALA, HONDURAS, EL SALVADOR Y LA COMUNIDAD AUTONÓMICA VASCA



Raquel Font, Elena Rodríguez, Ricardo Fernández y Maite Morteuel durante la presentación del estudio.

Principales resultados del estudio elaborado por OPIK – Grupo de Investigación de Determinantes de la Salud y Cambio Demográfico de la UPV/EHU

Las integrantes del grupo de investigación OPIK Elena Rodríguez, Raquel Font y Maite Morteuel presentaron en las jornadas los resultados y conclusiones principales del estudio, que ha analizado los sistemas sanitarios de tres países centroamericanos –Honduras, Guatemala y El Salvador-, así como el de Euskadi como representante del contexto europeo.

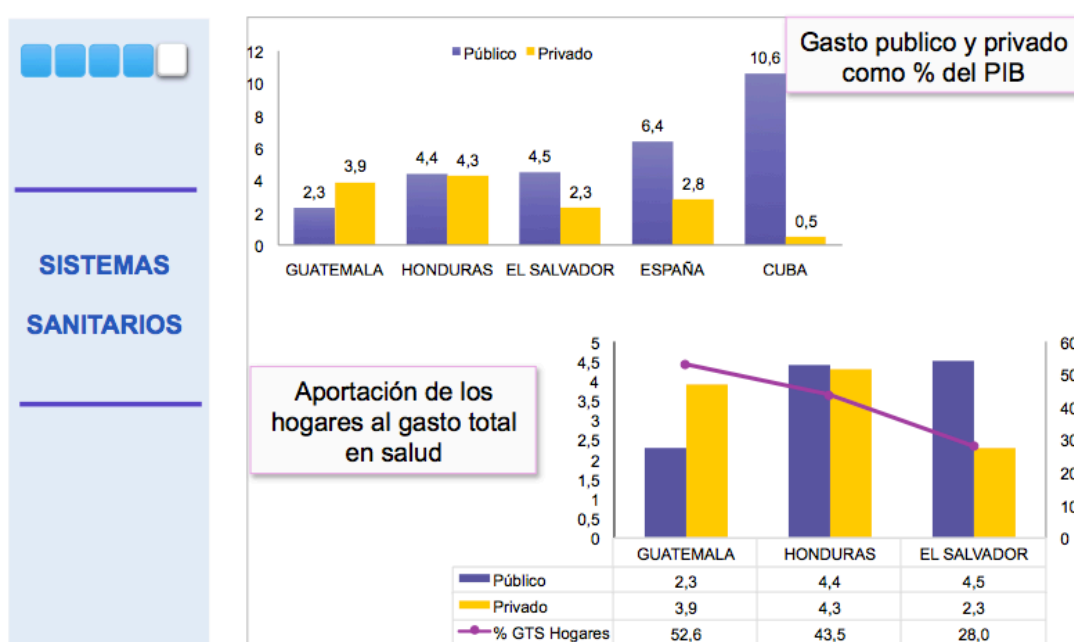
La investigación, tal y como explicaba Elena Rodríguez, parte de una hipótesis: **“la privatización de los servicios de salud, en cualquiera de los contextos que se realice, supone un riesgo en el ejercicio del derecho a la salud, provocando un peor acceso, menor uso de los servicios y desempeño más bajo por parte del personal sanitario”**. Así, el objetivo principal del estudio era **analizar el papel del Estado como garante de la salud** en estos cuatro territorios.

Durante la presentación también participo Ricardo Fernández, que como técnico en cooperación de **medicumsmundi bizkaia** explicó el punto de partida y los objetivos de esta investigación.

- **Región centroamericana**

Los tres países analizados en el informe comparten varias características. Por un lado, una población joven, rural y con altos niveles de pobreza, situada casi en el 60% en el caso de Guatemala, el 42% en Honduras y el 35% en El Salvador. Por otro, **sistemas sanitarios fragmentados que generan un acceso muy desigual en función de la capacidad adquisitiva** de la población, aunque en el caso de El Salvador, la reforma sanitaria puesta en marcha en 2009 ha reducido esos niveles de desigualdad.

Los principales obstáculos, comunes en los tres territorios, son tanto la escasez de infraestructuras, personal y medicamentos como la falta de transporte para llegar a los centros de salud, y por supuesto, la gran barrera de los recursos económicos entre las familias. En todos los casos, han emergido **elementos de participación comunitaria** que vienen a cubrir en parte estas carencias, como son las redes de terapeutas mayas en Guatemala, la organización de redes de transporte colectivo en Honduras y el Foro Nacional de Salud salvadoreño, que tiene un papel fundamental en la defensa del derecho a la salud.



- **Guatemala**

Tal y como explicó la investigadora del OPIK Raquel Font, los intentos de reformar el sector sanitario para ampliar su cobertura no acaban de aplicarse, el Sistema Integral de Atención en Salud no consiguió implantarse y el Programa de Extensión de Cobertura del gobierno guatemalteco desapareció dejando sin cobertura a millones de personas, especialmente de origen indígena, rural y pobre. En consecuencia, las principales amenazas al derecho a la salud en este país son las deficiencias sistémicas en la gobernanza, la insuficiente falta de financiación, la falta de infraestructura y la fragmentación del sistema público.

- **Honduras**

Actualmente, este país centroamericano está inmerso en una reforma basada en principios neoliberales enfocados a un uso eficiente de los recursos, la descentralización y la cobertura mediante paquetes básicos. El objetivo de dicha reforma es conseguir la cobertura universal en salud, introduciendo mecanismos de provisión privados mediante financiación pública.

Según explicaba en el encuentro Raquel Font, la situación actual de Honduras tiene como principales riesgos la ausencia de una política de salud dirigida a lograr una equidad real, la privatización del sistema y la falta de participación social en la construcción de políticas de salud.

- **El Salvador**

Tal y como ya había explicado el día anterior Eduardo Espinoza, viceministro de Políticas Públicas de Salud de El Salvador, en 2009 este país empieza a implantar una reforma sanitaria que permite avanzar hacia un sistema sanitario más accesible, basado en el principio del derecho a la salud. Sin embargo, según el informe elaborado por OPIK, presenta también algunas amenazas, como son la falta de financiación para poner en marcha todos los ejes estratégicos del plan estatal y la escasa sostenibilidad del proyecto si se da un cambio de gobierno.

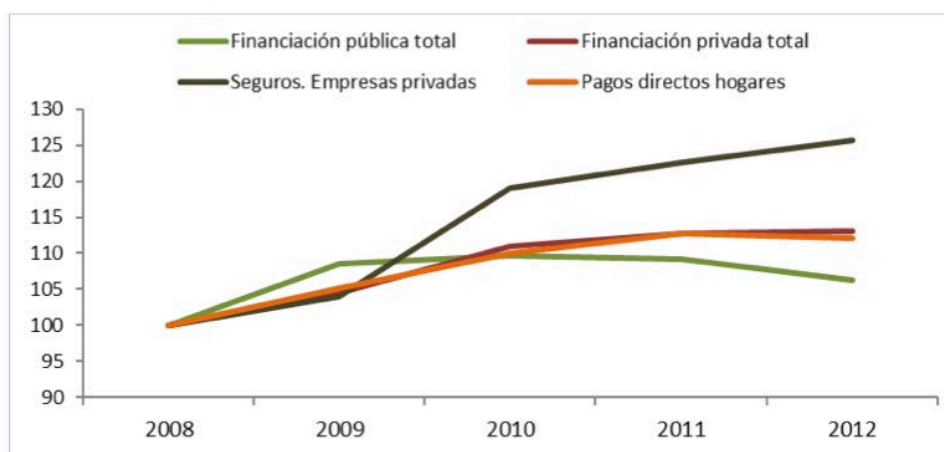
- **El caso de la Comunidad Autónoma Vasca**

Como bien explicaba la investigadora Maite Morteruel, los contextos de partida entre los tres países centroamericanos y Euskadi son completamente distintos. Aún así, el objetivo del estudio fue también analizar los procesos de privatización en el sistema sanitario vasco y las desigualdades sociales en salud que existen en nuestro territorio.

Del gasto total en salud, el porcentaje privado en Euskadi es de casi un 27%, procedente principalmente de los hogares. Esta cifra es una de las más bajas a nivel estatal, aunque está aún lejos del 15% que tienen varios países europeos. Además, según el OPIK, entre 2008 y 2012 el gasto privado en salud se incrementó el doble frente a la financiación pública.

La privatización de la financiación sanitaria

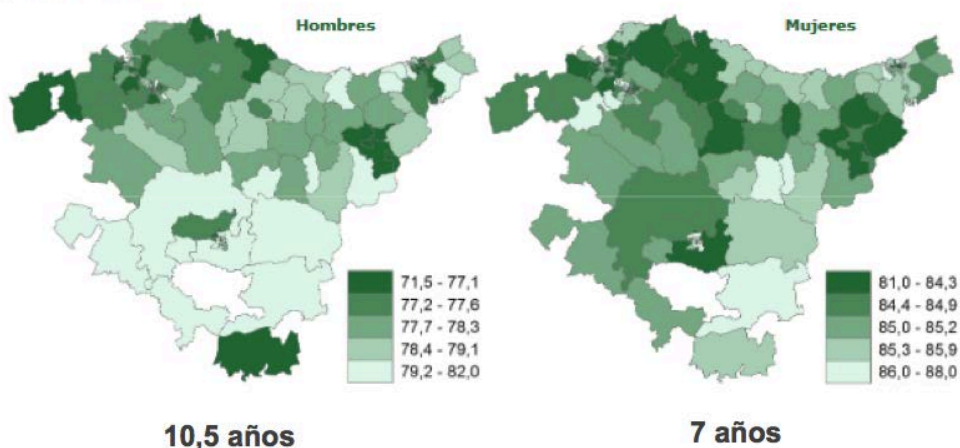
Evolución respecto a 2008 (2008=100) del gasto en salud en la CAV



- **Desigualdades sociales en salud**

El estudio presentado en las jornadas indica que sí hay **desigualdades relevantes en salud en función de la capacidad adquisitiva de la población vasca**. La esperanza de vida muestra una brecha algo más de 10 años en el caso de los hombres y 7 años en el de las mujeres en función del lugar de nacimiento dentro de la CAV. “Esto quiere decir que en Euskadi hay personas viviendo en condiciones de salud de hace 30 años”, explicaba Maite Morteruel.

Esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAV. 2006-2010



Las desigualdades socioeconómicas afectan también al acceso a los servicios de salud. Como ejemplo, el estudio recoge un menor uso de la atención especializada entre mujeres de menor nivel educativo, puesto que acuden en un 20% menos a ese nivel asistencial, así como un menor uso de las prácticas preventivas. En cuanto a servicios no cubiertos como el dentista, la fisioterapia o la podología, la población más desfavorecida tiene entre un 30 y un 80% menos probabilidad de acceder a ellos.

Finalmente, tal y como explicaron las investigadoras del OPIK en la jornada, esta situación presenta varios desafíos: **un compromiso entre todos los sectores de gobierno para introducir la perspectiva de equidad en salud**, y una reorientación de los servicios hacia las poblaciones con mayor necesidad de salud, velando por que la calidad no sea menor para los sectores menos favorecidos.

REALIDADES DIVERSAS EN TORNO A LA SALUD Y LOS SISTEMAS DE SALUD

El segundo día de las Jornadas Internacionales sobre Sistemas Sanitarios de **medicusmundi** bizkaia acogió también un espacio dedicado a compartir los diferentes contextos en salud pública en los lugares donde trabaja la ONG. Se presentaron las realidades que se viven actualmente en Mozambique, en la región de Centroamérica – especialmente El Salvador-, y en Euskadi.

- **Mozambique**

Como punto de partida para contextualizar la situación que vive

Mozambique, se proyectó el documental *A luta continua*, producido por **medicusmundi** mediterranea. La intención de este film es acercar una realidad muy compleja que vive el país tras un pasado colonial y de conflicto armado, donde la frágil estructura de salud depende totalmente del exterior. Tal y como explicaba Iván Zahínos, responsable de proyectos en Mozambique de Medicus Mundi Mediterrània, **“cuando el Estado no controla las herramientas para construir el sistema de salud, ¿a quién debemos exigir responsabilidades? ¿Al gobierno? ¿A la comunidad de donantes? Esa es la reflexión”**.



Iván Zahínos, de Medicus Mundi Mediterranea durante su exposición

En Mozambique las políticas de salud públicas no son una prioridad, y ese vacío ha sido llenado por el trabajo de ONGs y organismos internacionales. Esto ha supuesto la construcción de **sistemas paralelos, verticales y sin visión a largo plazo donde cada agente tiene sus propias prioridades**. Los datos muestran una situación enormemente precaria: Mozambique tiene los peores indicadores de recursos humanos de la región y el 80% de los fondos para la salud proceden del exterior, mientras que el Estado a penas dedica un 7% del presupuesto público en salud. Como resultado, se da una doble privatización, con una sanidad individualizada para la atención de las clases medias y altas, pero también la privatización de los programas de salud pública a manos de organismos internacionales. “Eso provoca unos sistemas de salud para pobres con servicios muy precarios y limitados, vacíos de contenidos”, afirmaba Iván Zahínos.

Frente a los grandes retos que afronta el país, como son la dependencia externa, la fragmentación de la ayuda y las inversiones en programas verticales, el responsable de **medicusmundi** en Mozambique explicaba, **“nuestra propuesta es la atención primaria como modelo**, creando una nueva agenda de investigación y presionando al Estado y los donantes”.

- **Centroamérica**

El experto en salud pública y en la realidad de los sistemas de salud centroamericanos, y miembro de **medicusmundi** Navarra-Aragón-Madrid Jorge Irazola, habló de las características que comparten los diferentes países de la región. “El colonialismo dio lugar a Estados donde había una concentración del poder en unas pocas familias, y desde el origen se niega el concepto de ciudadanía, porque el Estado no contempla dentro de sus funciones esenciales la garantía de derechos”, comentaba Irazola, “esto explica que la ciudadanía se haya construido mediante procesos de lucha social”.

Tras las décadas de los 50 a los 70, marcadas por los procesos revolucionarios y la represión como estrategia de los Estados, **en los años 90 llega una oleada de neoliberalismo, con una privatización generalizada de los servicios** “basada en el discurso de Estados

ineficaces". En estos procesos, afirmaba Irazola, tuvieron un protagonismo esencial las grandes agencias internacionales y los actores financieros, pero también participaron las ONG, "que con financiación occidental fueron acompañando el abandono del Estado con proyectos que garantizaban paquetes básicos esenciales de salud, con su posterior abandono cuando se acababan los fondos".

En este contexto, la región centroamericana comparte varias características en sus sistemas públicos de salud. Por un lado, **una falta de inversión pública endémica**, con un promedio que oscila entre el 2'4% del PIB en Guatemala y el 6'2% en Costa Rica. Por otro, una **hiperinflación en políticas de salud** y una gran dificultad para aterrizarlas, "no hay una estructura interinstitucional que permita que esas políticas lleguen al ámbito territorial". Finalmente, los sistemas se caracterizan también por una **hospitalización del sistema público ligada a una visión biomédica**, y una negación de la interculturalidad, con "sistemas eurocéntricos e irrespetuosos con la forma de entender los fenómenos de salud y enfermedad de los pueblos".

CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD (I)

- Gasto público en salud: el promedio en Centroamérica periodo 2005- 2012 oscila entre 2.40% de Guatemala y el 6.24% en Costa Rica...Promedio: 4.2%..En ese mismo periodo en Latinoamérica el promedio era: 7.32%
- HIPERINFLACIÓN DE POLITICAS PÚBLICAS Y SU DIFICULTAD DE ATERRIZAJE EN EL ÁMBITO TERRITORIALLAS PP SE PIERDEN EN LOS CAMINOS DE LA COMUNIDAD ... DESCRÉDITO DE LA VOLUNTAD POLÍTICA
- SIN POLITICA FISCAL NO HAY SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL
- FRAGMENTACIÓN CRONIFICADA DEL SISTEMA DE SALUD
- CAPACIDAD DE RECTORIA DISMINUIDA DE LOS MINISTERIOS DE SALUD
- CUANDO LA DISCONTINUIDAD ES LA NORMA
- LA HOSPITALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO

- **El Foro Nacional de Salud de El Salvador**

Margarita Posada es la coordinadora del Foro Nacional de Salud de El Salvador, una plataforma autónoma y ciudadana que trabaja por el derecho a la salud y que surgió a raíz del cambio de gobierno en 2009. Posada explicó en el Bizkaia Aretoa el origen y evolución del Foro a lo largo de sus 7 años de existencia. Pero antes de iniciar su ponencia, hizo ponerse en pie a toda la audiencia para gritar al unísono “¡la salud es un derecho, no una mercancía!”, toda una declaración de intenciones que ha marcado desde los inicios la labor del Foro.

Tras el fin de la guerra, en 1992, se empezaron a implementar medidas neoliberales en El Salvador, con una ola privatizadora que llegó a todos los servicios públicos. Como respuesta, en 2002 se organizó la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Salud, que generó movilizaciones a lo largo de todo el país y que supuso el germen de lo que posteriormente sería el Foro Nacional de Salud de El Salvador.



Con el triunfo electoral del FMLN, “por primera vez se incorporan en las políticas las propuestas de las organizaciones sociales, y una de ellas era la participación social en las políticas de salud”, explicaba Margarita Posada. En ese momento se decidió cómo debía ser el Foro: “dijimos que tenía que ser popular, la voz de la gente que nunca había sido escuchada, y que tenía que ser autónomo. Eso fue una gran lucha, porque **el foro no es del Ministerio de Salud, es del movimiento social**, no tiene financiación del Estado ni la queremos”.

El Foro cuenta con tres ejes de trabajo. El primero de ellos es la organización territorial, con presencia en 12 de los 14 departamentos en los que se divide el país. El segundo, cuatro mesas sectoriales enfocadas a la salud reproductiva, los medicamentos, la prevención de la violencia social y hacia la mujer, y la gestión ambiental. Por último, **el foro realiza también un trabajo de incidencia política que va más allá de los temas de calidad asistencial y acceso a los servicios de salud.**

ODS EN 17 HOSPITALES

En total, cuentan con 850 comités comunitarios repartidos por todo el territorio, y tienen sus propios instrumentos de control en los centros de salud como los buzones de quejas y las inspecciones periódicas. Actualmente están elaborando su plan estratégico para los



próximos 5 años, y una de las peticiones ha sido la formación política. “**No podemos centrar la salud solo en servicios**, la calidad es importante, pero tenemos que trascender o los instrumentos de poder hegemónico nos van a comer”.

El Foro tiene representación en los espacios de decisión política como el Consejo Consultivo Ciudadano, y en 2015 creó ASGOJU, la Alianza Social por la Gobernabilidad y la Justicia. Este movimiento está formado por 45 organizaciones sociales, y han realizado acciones como una campaña contra la evasión fiscal o por la aprobación de la Ley General de Agua. “La autonomía tiene costes y por decirle al gobierno las cosas que no están bien hemos sido vetados, pero no por ello vamos a renunciar al proyecto político” concluía Margarita Posada.

INCIDENCIA POLÍTICA mas allá de la reforma de salud...

- Agosto 2015 Creación de la Alianza Social por la Gobernabilidad y la Justicia. ASGOJU
- 45 Organizaciones Sociales con una agenda clara en el sentido de:
 - Gobernabilidad
 - Justicia
 - Soberanía Nacional



- **Euskadi**

Por último, Juan Luis Uria, presidente de Osalde y representante del Foro Vasco por la Salud, realizó una contextualización del sistema sanitario de Euskadi en la actualidad, una realidad muy alejada a los casos compartidos en la misma mesa, pero que también muestra desigualdades en el acceso a la salud.

El presidente de Osalde lanzó primero algunas preguntas para la reflexión. “¿Cuántos médicos y enfermeras necesitamos en Euskadi? ¿cuántos medicamentos consumimos y por qué? ¿Quién induce los hábitos de consumo de fármacos?” cuestionaba Juan Luis Uria, “**lo que se ofrece de forma indiscriminada en los sistemas sanitarios, se consume de forma indiscriminada**”.

El representante del Foro Vasco por la Salud realizó una rápida radiografía socioeconómica de Euskadi. Tenemos una población cada vez más envejecida y unos indicadores de salud propios del primer mundo: una tasa de mortalidad infantil del 2'2 por 1.000 nacimientos, y una esperanza de vida de 86 años para las mujeres, y 80'1 para los hombres, la más alta junto a Japón. Por otro lado, el paro se sitúa en un 10% de la población.

Sin embargo, explicaba, **las tasas socioeconómicas deben desagregarse para entender la sociedad**, y es que los sectores más desfavorecidos se concentran en zonas determinadas, y a pesar de contar con un servicio de salud público que cubre buena parte de las necesidades sanitarias, siguen existiendo desigualdades en su acceso. Juan Luis Uria ponía como ejemplos el Programa Dental Infantil, donde quedan fuera un 32% de la población a pesar de ser un servicio gratuito, o el de prevención de cáncer de mama, que no utilizan cerca del 37% de las mujeres. En ambos casos, las cifras corresponden a los sectores más desfavorecidos, y las causas tienen que ver con barreras de accesibilidad cultural. “En Osakidetza no hay presupuesto para desigualdades en salud”, afirmaba Uria, “y como sabemos, **lo que se ofrece**

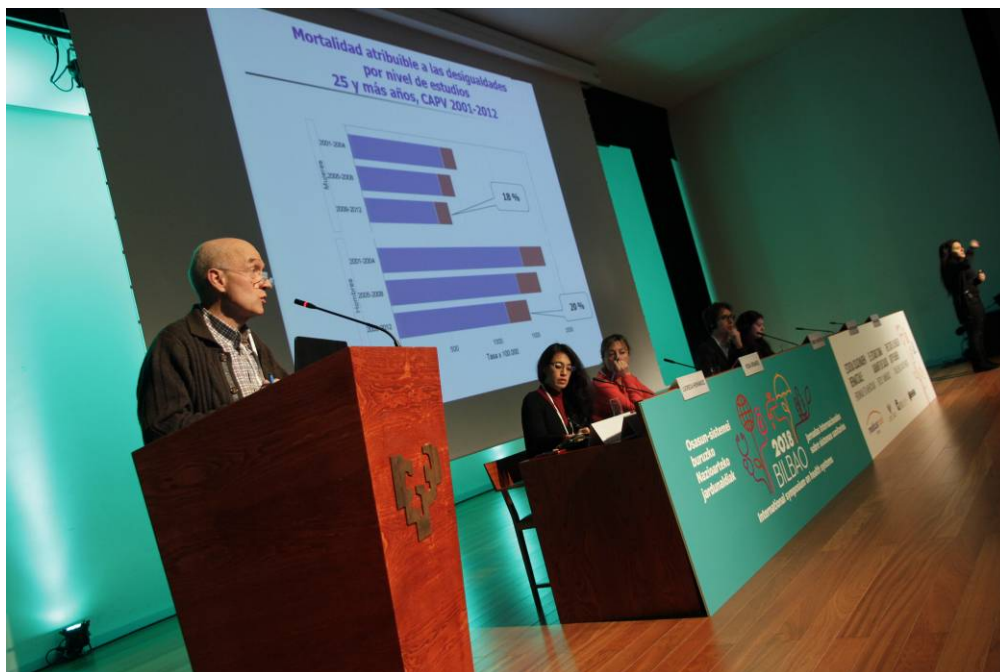
igual a aquello que es desigual en el punto de partida, supone favorecer la desigualdad”.

“Con un presupuesto de 1.639 euros per cápita, el más alto del Estado, el problema es dónde se gasta y por qué se gasta”, continuaba Juan Luis Uria, “tenemos un problema de pérdida de la hegemonía en atención primaria en Osakidetza, con escasamente un 15% del total presupuestario”. Tal y como concluía el presidente de Osalde, **“necesitamos incluir la participación ciudadana y profesional en la toma de decisiones** y que las multinacionales farmacéuticas, de tecnología médica y de alimentación disminuyan el condicionamiento de la práctica clínica”.



Juan Luis Uria, Iván Zahínos, Iratxe Amiano, Jorge Irazola y Margarita Posada durante la primera mesa redonda de las jornadas, en torno a las diversas realidades en materia de salud y los sistemas de salud.

Mesa Redonda: Amenazas a la salud y la equidad en salud en distintos escenarios



Santiago Esnaola durante su presentación

La última mesa redonda de las jornadas estuvo dedicada a compartir los retos que afrontan los diferentes sistemas sanitarios, y si bien se mostraron contextos muy distintos, se pudieron ver también algunos puntos comunes. En el eje de los Europeos, los casos de Euskadi, el Estado español y también el Reino Unido, mostraron desigualdades en el acceso a la salud, así como **los riesgos del neoliberalismo y la corriente de alianzas público-privadas**. En el caso del Sur, la amenaza de la mercantilización se hace aún más evidente, aunque se pudieron ver modelos alternativos que, aún con muchas dificultades, tratan de avanzar hacia el derecho a la salud, como es el caso de Guatemala.

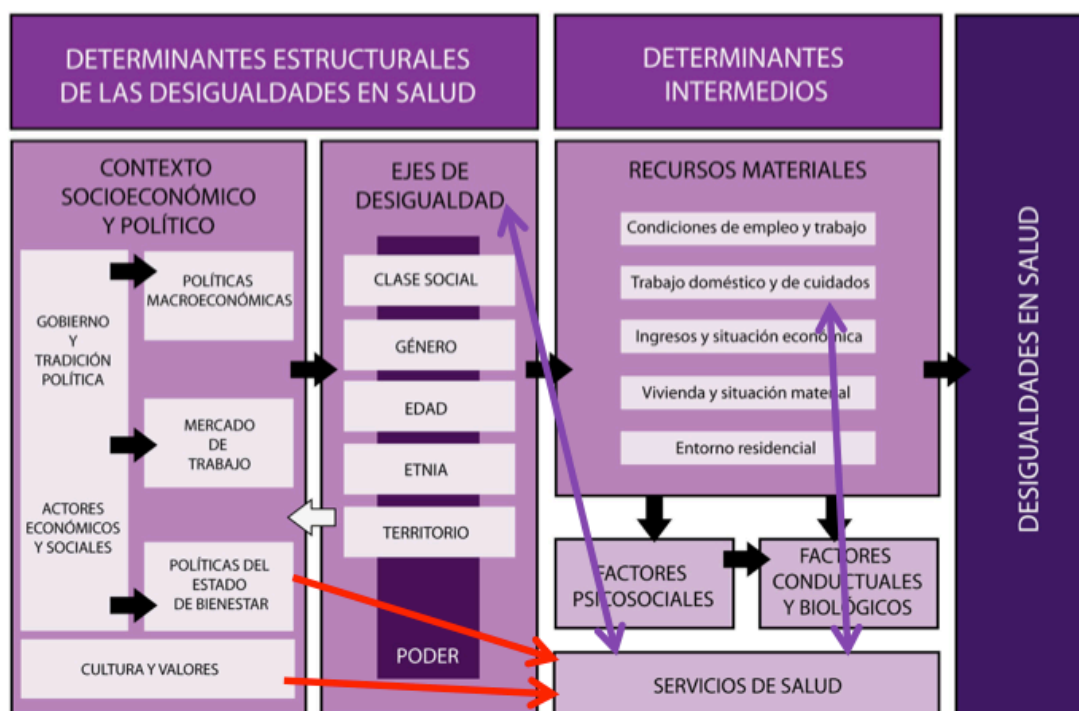
- **El caso vasco**

Santiago Esnaola, médico epidemiólogo que hasta hace poco trabajó en el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, realizó un análisis sobre los retos para la equidad que encara el sistema de salud vasco. Tal y como explicó, en cuatro décadas, la esperanza de vida en Euskadi ha aumentado 10 años, pero no se distribuye de forma igualitaria, con brechas que llegan a los 10'5 años de esperanza de vida al nacer en el caso de los hombres, y de 7 años en el caso de las mujeres. "¿Cómo explicamos que a pesar de tener un sistema de salud universal, tengamos tales desigualdades en salud?"

A partir de las cifras aportadas por Esnaola, **ser pobre es en Euskadi un importante factor de riesgo**, puesto que "si todos los grupos poblacionales tuvieran las tasas de mortalidad de los más privilegiados, estas se reducirían en un 20%, lo que supone 10 defunciones al día en la Comunidad". Se trata de diferencias en salud, sistémicas, socialmente producidas, evitables e injustas que van ligadas a variables socioeconómicas, de género, de etnia, edad y orientación sexual, entre otras.

Frente a la pregunta de "¿qué pueden hacer los sistemas de salud para promover la equidad?", Santiago Esnaola apostaba por **promover una perspectiva multisectorial donde se pongan de manifiesto los elementos determinantes para la salud, más allá de las políticas estrictamente sanitarias**. "No somos responsables del sistema de transportes, del sistema educativo o de las políticas fiscales, pero sí tenemos la responsabilidad de indicar que estos

elementos son determinantes muy importantes para la salud y que debe haber una colaboración entre los diferentes sectores”.



Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

- **El ámbito estatal**

La doctora en Economía de la Salud Rosa Urbanos inició su ponencia explicando la misión principal que, bajo su punto de vista, tiene el sector público: **“hacer lo que el sector privado no sabe ni puede hacer, garantizando las necesidades de salud que el sector privado no cubre**, puesto que si no, nos encontramos con casos en los cuales los intereses particulares secuestran los intereses colectivos”. Por otro lado, la primera amenaza es que el sector público sea negligente en sus obligaciones, “y el mayor ejemplo de ello es el Real Decreto-Ley 16/2012”.

Tal y como explicó Urbanos, ha habido una evolución del gasto público y privado a nivel estatal. Entre 2010 y 2013 se redujo un 13% el presupuesto público en salud, lo que supuso 9.000 millones de euros menos, mientras que ascendió el gasto privado, en buena parte en forma de pagos directos y debido al copago farmacéutico.

El porcentaje de personas que no han tomado un fármaco recetado por no poder pagarlo se sitúa en un 4% -un 8% en el sector de población en situación de desempleo-. Son cifras reducidas, pero que ocultan varias realidades: los colectivos más desfavorecidos sí tienen dificultades para acceder a algunos fármacos, y el resultado es una pérdida de adherencia a tratamientos, con las consecuencias que ello conlleva. Por otro lado, si se observan las cifras de acceso a atención médica, solo un 17% afirma tener dificultades, uno de los índices más bajos a nivel europeo. Pero, de nuevo, estos datos ocultan desigualdades de acceso en función de la situación socioeconómica

“Desde finales de los 90, empezamos a dar cabida a la empresa privada en la gestión de los servicios sanitarios”, afirmaba la doctora en Economía de la Salud. Actualmente, empiezan a haber evidencias relativas a cómo ha influido este hecho en la calidad de la atención, y tal y como explicó Rosa Urbanos, “lo que dicen los informes es que **la participación del sector privado no ha mejorado la eficiencia**, y sin embargo se han producido procesos de externalización muy cuestionables en su desarrollo y resultados”.

Aún así, Rosa Urbanos destacó una última conclusión, “los estudios también nos dicen que en

los entornos donde la ética pública no está sobre la mesa, y ese es el caso de España, es preferible evitar la tentación de dar entrada al sector privado, porque caemos en procesos de captura regulatoria donde es ese sector el que marca las reglas del juego”.

- **El ámbito internacional**

La corriente neoliberal y la entrada de nuevos actores en unos ecosistemas de salud muy complejos, donde no todos tienen como objetivo el derecho a la salud, es uno de los mayores riesgos para los sistemas sanitarios a nivel global, según Anuj Kapilashrami. Tal y como explicó la doctora en Políticas Globales de Salud y Políticas Públicas, **“la mayor amenaza del neoliberalismo no está en los programas, sino en el proyecto ideológico hegemónico que mueve las políticas de salud contemporáneas”**.

Tras una época marcada por el discurso de la austeridad y la privatización, “actualmente esas corrientes han sido sustituidas por el **paradigma de la colaboración público-privada**”, afirmaba la doctora Kapilashrami. Se trata de un discurso muy extendido, que “inyecta formas de trabajar y prácticas propias del sector empresarial privado en el sector público”. Este tipo de pensamiento está enfocado a la reducción de costes y la eficiencia, situando el foco de atención en los aspectos económicos. Los efectos de estos acuerdos incluyen “estructuras híbridas de gobernanza con una rendición de cuentas más débil, donde se difuminan los roles entre el sector privado y el público”. La legitimación de estas alianzas ha supuesto **un cambio en el enfoque de los servicios de salud hacia un énfasis en los bienes de consumo** que amenaza con ocultar los determinantes sociales, políticos o económicos, bajo una idea de sistema de salud como distribuidor de productos y servicios.

Move towards RUTFs & fortified foods

- Underinvestment in public food distribution and supplementation systems.
- Growing commercial sector involvement, through partnerships with UN agencies & NGOs:
 - **Universalise** micronutrients
 - Introduce ready to use therapeutic foods & Nutraceutical products
 - Blurred lines between everyday food & medical treatment for acute malnutrition



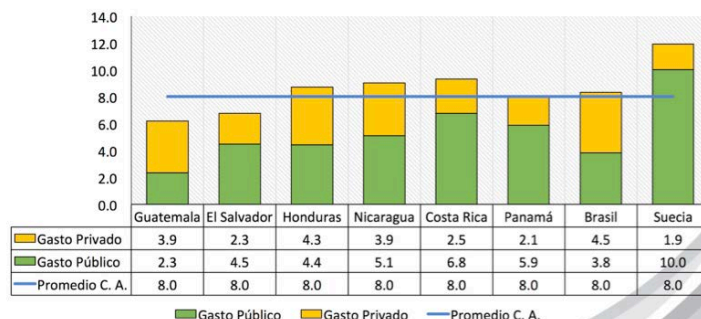
En cuanto a la creciente influencia de actores comerciales en los programas de salud de la mano de agencias de cooperación y ONG, Anuj Kapilashrami daba como ejemplo el programa de nutrición RUTF –Ready to Use Therapeutic Food- con la distribución por parte de UNICEF de barritas para tratar la malnutrición infantil. La entrada de grandes corporaciones alimentarias en este tipo de programas supone un mercado con enormes beneficios para las empresas, con la consiguiente preocupación por los **conflictos de intereses** que pueden emerger.

Kapilashrami explicó también que en países como el Reino Unido, la cobertura de salud universal ha servido para impulsar un modelo de servicios privatizados. Esto ha implicado “un cambio de rol de las autoridades públicas, que ya no ofrecen un servicio de salud sino que gestionan las contrataciones, mientras que la provisión de la salud se estructura en el mercado”.

Finalmente, la doctora en Políticas Globales de Salud destacaba que necesitamos propuestas radicalmente diferentes en cómo se distribuyen los servicios de salud, así como una regulación de las relaciones entre el Estado y las empresas desde un acercamiento basado en el derecho a la salud.

- **El caso de Guatemala**

Lucrecia Hernández Mack, cirujana y ministra de Salud en Guatemala entre 2016 y 2017, explicó la situación actual de los servicios de salud guatemaltecos, así como su experiencia en la implementación de un plan para promover el acceso a la salud durante su función como ministra del país. Tal y como explicó la médica, en Guatemala coexisten tres niveles de prestación de servicios, el público, el privado y el comunitario, en un ecosistema fragmentado donde, en definitiva, tiene acceso a la atención quien tiene capacidad de pago. “Nuestra red de servicios solo logra cubrir 6’5 millones de personas, la población que Guatemala tenía en 1975, así que tenemos una red de salud con un retraso de más de 40 años”.



Según Hernández Mack, **el sistema sanitario guatemalteco está virtualmente privatizado a partir de la omisión del Estado**, puesto que, “en realidad nunca tuvimos un sistema público”. El 60% del gasto en salud es privado, financiado principalmente de manera directa por la población, un modelo que está extendido también a nivel ideológico, “pensamos en los servicios públicos como caridad para pobres, y que lo privado siempre va a ser más eficiente”.

El equipo de Lucrecia Hernández llega al Ministerio de Salud a raíz de la elección de Jimmy Morales como nuevo presidente del país. En 2016, Guatemala vive una crisis hospitalaria de enormes dimensiones, y en ese contexto tratan de implementar un nuevo plan de trabajo. “Fue como recibir a un paciente con desnutrición crónica, que además le había dado una desnutrición aguda severa y le acababa de arrollar un carro” explicaba la cirujana en referencia a la situación del país en términos de salud, “hay que salvarle la vida, estabilizarlo y luego empezar una lenta recuperación”.

El plan de trabajo puesto en marcha por el nuevo equipo del Ministerio se apoyaba en cuatro ejes: **la gobernanza democrática, el acceso universal, el fortalecimiento institucional y la gestión transparente**. Iniciaron una transformación del sistema de salud enfocado a fortalecer a la ciudadanía, inspirado en el ejemplo de El Salvador, y empezaron a implementar el **Modelo Incluyente de Salud**. Este modelo consistía en una atención integral a través de toda la red de salud, una estrategia de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud que ya se había puesto en marcha en algunos territorios en forma de pilotos. El objetivo fue llevarlo a escala nacional y durante 2017 se extendió a 141 municipios.

Situación encontrada



Aún así, el equipo se encontró con muchas dificultades a la hora de implementar su plan de trabajo, diferencias de enfoques con agencias de cooperación y dentro del propio gobierno y en agosto de 2017, abandonaron el Ministerio de Salud. La exministra compartió por último algunas de las lecciones aprendidas durante ese periodo, “avanzamos gracias a equipos de trabajo integrados por personas muy capaces con una visión política clara”, explicó, “pero **para implementar una transformación así no solo necesitas que te dejen hacer, debe ser parte del plan del gobierno**”.



Lucrecia Hernández Mack, Rosa Urbanos, Remco Van de Pas, Anuj Kapilashrami y Santiago Esnaola durante la mesa redonda.

CIERRE DE LAS JORNADAS, POR CARLOS MEDIANO



Carlos Mediano, presidente de Medicus Mundi Internacional e Itziar Irazabal, presidenta de *medicusmundi bizkaia*

Como punto final de las Jornadas Internacionales sobre Sistemas Sanitarios, el presidente de Medicus Mundi Internacional, Carlos Mediano, compartió algunas de las conclusiones principales del encuentro, donde se pudieron ver realidades muy diversas pero también algunos retos similares.

“Hemos hablado del derecho a la salud, pero no de la salud en sí, que no solo es la falta de enfermedad, **medimos enfermedades pero no bienestar**”, explicaba Mediano, **“la salud no es homogénea, así que el derecho a la salud tampoco lo tendrá que ser”**. Tal y como destacó, las jornadas estuvieron especialmente centradas en el derecho a la salud frente a la

mercantilización y la privatización de los sistemas sanitarios, una realidad frente a la cual “necesitamos más convertidos, porque aquí estamos todos de acuerdo”.

A lo largo de las diferentes charlas y mesas redondas, se mostró claramente además cómo los determinantes socioeconómicos son una variable muy importante para la salud, llegando a suponer un aumento de la mortalidad del 20% en Euskadi para las clases más desfavorecidas. “Esto nos tiene que mover a reflexionar, porque **no solo el sistema sanitario va a solventar el problema**”.

El presidente de Medicus Mundi Internacional destacó como soluciones **la participación social para defender el derecho a la salud, los programas de salud pública no solo individualizada, sino también colectiva y la intersectorialidad de la salud**. Finalmente, y frente a la amenaza de la privatización, Carlos Mediano afirmaba, “debemos renovar el discurso de lo público, porque hoy la comunicación está ganada por ellos, así que tenemos mucho por hacer”.

CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS

La desigualdad es una de las principales causas de muerte y de morbilidad en todos los países del mundo, y son los sistemas de salud quienes pueden y deben jugar un rol primordial en la reducción de las desigualdades.

El estudio presentado por **medicmundi bizkaia** demuestra la existencia de **desigualdades relevantes en salud en función de la capacidad adquisitiva**. En el caso de la población vasca, se desvela una brecha de 10 años de esperanza de vida para los hombres y 7 años para las mujeres. En Euskadi ser pobre también es un importante factor de riesgo.

Es urgente transversalizar la perspectiva de equidad en salud y promover un **enfoque multisectorial que incluya los determinantes sociales de la salud**, más allá de lo estrictamente sanitario.

Pero en un contexto de privatización mundial de los servicios públicos, la voluntad política y la apuesta de los estados por sistemas públicos de salud de calidad y para todas las personas es uno de los principales retos a los que se enfrentan las sociedades, tanto en el sur como en el norte.

La globalización del sistema capitalista pretende mercantilizar la Salud, transitando de un derecho público universal e inalienable, hacia un negocio al servicio de los intereses privados de las empresas transnacionales. El discurso de la privatización y la austeridad se está sustituyendo por el paradigma de la colaboración público-privada, que inyecta prácticas propias del sector empresarial y que tiene el **riesgo de convertir los servicios de salud en bienes de consumo**.

Esta estrategia neoliberal plantea un sistema privado no accesible a todas las personas, planteando un escenario que relega a las capas de la sociedad más vulnerables a sistemas de salud para pobres, ofertándose en el mejor de los casos una cartera de servicios limitada que no garantiza el bienestar en salud.

Por su parte, los estados frágiles, con una limitada autonomía y escasa voluntad política ven dificultada su capacidad para la construcción de sistemas de salud en los que la rectoría, provisión y gestión de los servicios de salud estén realmente en manos de los poderes públicos. Este hecho supone un riesgo ya que facilita la entrada de agentes y actores -incluso la propia ayuda internacional- que contribuyen a la creación de sistemas verticales y paralelos, sin visión a largo plazo donde cada agente tiene sus propias prioridades

La incidencia creciente de lobbies en los organismos internacionales y la invitación al protagonismo que asume la participación de empresas o fundaciones privadas en el desarrollo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, expresan **una tendencia a la participación activa de intereses privados en las políticas mundiales de salud**.

Los mensajes de la doctrina neoliberal encaminados a la privatización de los sistemas públicos de salud, se basan en la combinación de argumentos de apertura a una creciente tercerización, y una teórica ineficiencia de los sistemas públicos.

Sin embargo, experiencias como la Reforma de Salud en El Salvador discuten esta falsa premisa, en el sentido de demostrar que **el fortalecimiento de políticas y servicios públicos de salud pueden generar, incluso en condiciones de dificultades en la inversión en salud, mejoras sensibles en los indicadores de salud** como la mortalidad materna o la infantil.

Frente a todos estos riesgos, **es necesario defender el enfoque de la salud como un derecho humano fundamental**, mediante sistemas sanitarios universales construidos de manera democrática y participativa, financiados con políticas fiscales progresivas y solidarias.

Debemos recuperar la Atención Primaria como modelo e incluir la participación ciudadana y profesional en la toma de decisiones, disminuyendo la presencia de las farmacéuticas y las

empresas tecnológicas en la práctica clínica.

En la lucha por el derecho a la salud y por la defensa de los sistemas públicos, **la participación social es un instrumento imprescindible** para la incidencia política y la democratización en la toma de decisiones en salud.

Y es por tanto esta participación social, salud es un derecho que nos asiste a todas las personas en todos los lugares del mundo independientemente de la condición social, etnia o género. Por eso debe dársele el valor y el espacio que requiere para poder ejercer una participación efectiva.