



**SEMINARIO**  
**El impacto**  
**de la crisis en**  
**los sistemas**  
**sanitarios de**  
**iberoamerica**

**25 de Noviembre de 2016**  
Salón de Actos Consejería de Sanidad  
Avda de Francia, 4. Toledo

**ORGANIZAN:**



Observatorio Ibero-Americano de Políticas o Sistemas de Salud  
En Colaboración con los Sistemas de Salud del Estado Español



Federación de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública

**COLABORAN:**



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

## **Relatoría – Resumen del SEMINARIO**

### **“El impacto de la crisis en los Sistemas Sanitarios de Iberoamérica”**

En abril del año 2011 se celebró en Mérida (España) un primer Seminario que tuvo por objeto analizar la situación de los servicios sanitarios y de las políticas de salud a ambos lados del Atlántico, realizar propuestas para la mejora y coordinación de las políticas de salud en Iberoamérica y sentar las bases de un Observatorio permanente de la situación de las políticas y de los sistemas de salud en los países Iberoamericanos. En esa reunión se creó el OIAPSS como instrumento útil para reforzar la calidad de los sistemas públicos de salud en Iberoamérica mediante el estudio comparativo de las distintas áreas y mediante propuestas de mejora, intercambiándose experiencias entre países.

Desde entonces se han celebrado varios seminarios más en países de América del Sur y se ha delimitado la estructura y el funcionamiento del OIAPSS, gracias al apoyo de distintos Gobiernos e instituciones, sobre todo del Gobierno Brasileño.

En esta reunión de Toledo hemos analizado el impacto que ha tenido la actual crisis global en los sistemas sanitarios de Iberoamérica, los problemas que ha causado, las respuestas que se han producido desde los propios sistemas de salud y las previsiones y alternativas para el futuro.

#### **Inauguración**

##### **Marciano Sánchez Bayle. Portavoz de FADSP/ OIAPSS**

Sitúa el nacimiento de estos seminarios y del Observatorio (OIAPSS) en los momentos de expansión en Iberoamérica de los sistemas públicos de salud y en la vigencia de unos modelos de sistemas sanitarios que funcionaban bien, como los de España y Portugal.

Las derivas políticas a ambos lados del Atlántico no han favorecido la consolidación y mejora de los sistemas sanitarios y, desde las últimas elecciones autonómicas en España, con los cambios de gobierno en Extremadura, Castilla-La Mancha, y en otras CCAA, se han retomado las mejoras abandonadas en la etapa de gobierno del PP.

Desde la FADSP se anima a los gobiernos de ambas Comunidades Autónomas a aprovechar la oportunidad de avanzar en las mejoras sanitarias y a ser referente para otros territorios, y les agradece su apoyo para mantener en activo estos seminarios.

##### **Luis Tobajas Belvís. Director General de Planificación de la Consejería de Sanidad de Extremadura**

Recuerda que los países iberoamericanos, aunque presentan disparidades en sus organizaciones sanitarias, tienen el importante activo de la cohesión idiomática. Su gasto sanitario público ronda el 58 % del total de gasto

sanitario y en España se ha producido un recorte de 9.000 millones de € y crece el gasto sanitario privado (en torno al 30 %).

Refiere el papel de la inversión sanitaria en la mejora de la justicia distributiva y social, de manera que con los recortes han aumentado las desigualdades, el paro y el riesgo de pobreza.

A su juicio, el sistema sanitario tiene problemas de subfinanciación y de ineficiencia (el 25 % de sus actuaciones aportan pocos resultados). Considera necesario optimizar los presupuestos, potenciar la atención primaria elevando su participación en el presupuesto sanitario hasta el 20 %, reducir las desigualdades y potenciar la Salud Pública.

### **Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha**

Recuerda que nuestro sistema sanitario está bien valorado internacionalmente. Evoca la figura de Ernest Lluch y el papel de la Ley General de Sanidad y repasa la evolución histórica de la sanidad en los últimos treinta años. Critica los intentos de privatización iniciados en los años 90 con la figura de las fundaciones; recuerda el empuje tecnológico de los años 2000 y los recortes sufridos por la crisis.

Actualmente, en Castilla-La Mancha intentan administrar un sistema sanitario sin retorno de valor debido a que decisiones del pasado gobierno del PP todavía comprometen el futuro del sistema. Decisiones erróneas fueron la creación de infraestructuras innecesarias, las carteras de servicios infladas, las desinversiones y los recortes. Recortes de derechos ciudadanos; reducción de infraestructuras, de inversiones y de plantillas; la ausencia de inversión en tecnología y personal (hay 23.000 trabajadores menos); hay dificultades para retener el talento, los MIR; se ha perdido el 61 % del presupuesto de docencia postgrado en los últimos cuatro años.

Su mayor preocupación son las desigualdades territoriales. Las disparidades que producirá disponer de carteras básicas y distintas carteras de servicios complementarios. Critica las disparidades de relación entre autonomías, como se obligan contraprestaciones económicas por la asistencia sanitaria entre algunas CCAA (por ejemplo, en tre Castilla-La Mancha y Madrid) y como no son necesarias entre otras, por ejemplo con la atención a pacientes de Extremadura que residen en el Valle del Tietar y acuden a Talavera.

Para el futuro, el sistema sanitario debería mejorar el retorno de valor. Se debería insistir en la prevención (obesidad, tabaquismo); estar atentos a la reconversión de los patrones de demanda asistencial; favorecer los cambios en roles profesionales, como enfermería; incrementar el presupuesto de atención primaria; aumentar los recursos tecnológicos; adaptarse al patrón demográfico y fomentar las estrategias sin presencia (telemática).

## **Conferencia: Los principales problemas y retos para la salud en Iberoamérica**

**Eleonor Minho Conill. Universidad Fiocruz. OIAPSS. Brasil**

¿Cómo puede el OIAPSS contribuir a la mejora de los Sistemas de Salud de Iberoamérica-América Latina?, es la pregunta que más interesa a la conferenciante. También: ¿Qué hay que observar?, lo que dio lugar a la creación de una matriz analítica cuya construcción explicó Eleonor.

Recordó la historia del OIAPSS. Del repaso de los sistemas de salud de Iberoamérica, de España y Portugal concluye afirmando que los sistemas son heterogéneos: desde el claramente privatizador chileno iniciado por Pinochet, al sistema de pluralismo estructurado de Colombia, hasta el sistema público de Brasil, pero todos se sostienen mediante financiación público-privada.

La matriz de decisiones debe incorporar datos cuantitativos: demográficos, socioeconómicos, condiciones de vida; condicionantes de salud: financiación, complejo productivo; e indicadores de desempeño: acceso, actividad, técnicas.

La matriz consta de 66 indicadores fruto de un proceso de validación. Entre otros: obesidad, violencia, suicidio, desempleo, GINI, balanza comercial del sector farmacéutico, PIB, mortalidad evitable, salud maternoinfantil, enfermedades crónicas.

Recuerda como la globalización nos coloca ante retos transversales y ante el crecimiento mercantil de los servicios de salud y que nuestras propuestas deben ir por conseguir la cobertura universal en la protección de la salud, y la contribución del OIAPSS defender los sistemas públicos de salud, como los de España y Portugal; estar atentos a las disputas entre modelos de atención y continuar con la elaboración de la matriz de datos y la medición de los efectos de la crisis.

Invita a visitar la web del Observatorio: <http://www.oiapss.org/>

## **Debate: Evolución de los sistemas de salud en los países iberoamericanos**

### **Lenir Santos. Coordinadora OIAPSS. Brasil**

Describe las características del Sistema Único de Saúde de Brasil. Su fundamento constitucional desde 1988 y sus cualidades: generoso, universal, gratuito, integral. Atiende a 202 millones de habitantes mediante servicios de atención primaria y de media y alta complejidad. Se organiza por 27 estados federales, 5570 municipios con competencias sanitarias dispuestas en 436 regiones de salud.

La financiación pública procede de la parte de los presupuestos que destinan los municipios (15 %), el Estado (12 %) y la Federación (15 %).

El gasto en salud representa el 8,2 % del PIB y consume el 3,9 % de los recursos públicos y el 4,3 % de los privados.

En cuanto a los retos, señaló que la financiación tiene que sortear múltiples trampas para retener dinero, de manera que la financiación es insuficiente. Hay baja restricción a la entrada de seguros privados; falta de definición de prestaciones; gestión ineficiente; judicialización, baja inversión del sector industrial sanitario; las élites no usan la sanidad pública.

Riesgos concretos son la congelación de gastos públicos durante 20 años, lo que supondrá perder 600.000 millones de reales, el envejecimiento poblacional, el crecimiento demográfico, el coste de nuevas tecnologías y la inflación real anual.

### **Ana Lucia Casallas. Dirección colegiada ALAMES. Colombia**

En el caso de Colombia, los antecedentes de las reformas sanitarias actuales se debaten en la disputa ideológica sobre el papel del Estado en las políticas públicas y en la confrontación entre derechos humanos y mercado. Se da una elevada penetración de las alianzas público-privado, una apropiación del discurso de la salud por las entidades privadas y una provisión de servicios que se basa en lo que se denomina Pluralismo Estructurado: paquetes de servicios y pago por capitación.

Analizó el contexto colombiano: violencia, pobreza, inequidad, corrupción, crisis hospitalaria, reformas neoliberales, lo que denominó “paseo de la muerte” (el regateo hospital tras hospital hasta conseguir ser atendidos) y el deterioro general de las condiciones de salud y la vulneración del derecho.

Sugiere fortalecer las alianzas, con sindicatos, partidos políticos, etc... para superar los efectos de la crisis financiera y los fallos estructurales del aseguramiento, que prima la privatización y no garantiza los derechos.

### **Manuel Martín García. Presidente FADSP**

Puso cifras a los efectos de la política privatizadora del gobierno del PP: el porcentaje del PIB destinado a sanidad era del 6,7 % en 2000 y ahora, en 2016, es del 5,6 %; ha disminuido el gasto habitante/año y la UE solicita una reducción adicional de 1.605 millones €; como el ajuste afecta sobre todo a las CCAA, han aumentado las desigualdades entre CCAA, que alcanzan los 544,02 €/habitante entre la que más dedica y la que menos; ha aumentado el gasto privado, y los conciertos con la privada un 42 %; el presupuesto en personal ha disminuido 6.180 millones € entre 2011-2016; han disminuido las camas hospitalarias; han aumentado los copagos y el gasto sanitario directo un 23 %.

Las consecuencias se notan en un aumento de la mortalidad cardiovascular; crecen las quejas al defensor del pueblo; crece el uso intensivo de tecnologías; aumenta el gasto farmacéutico por el elevado coste de la medicación biológica; se consolidan alianzas privatizadoras que pretenden controlar la tecnología y la gestión del Sistema Nacional de Salud, como el denominado Club Gertecht; la estrategia de crónicos puede incrementar la dependencia tecnológica y financiera de pacientes y administración como, de hecho, ya manipulan las asociaciones de pacientes.

**En el debate** se apuntaron ideas como que hay lugar para un HispaNICE que evalúe tecnologías; que hay que aprovechar el poder legitimador del sistema MIR como refuerzo del sistema público de salud; que hay que denunciar los efectos negativos de los tratados de libre comercio y de las patentes; que hay que situar el derecho por encima del mercado y que hay que estar alertas ante los efectos deslegitimadores de la segmentación del aseguramiento, porque saca a los pudientes del SNS hacia los seguros privados.

**Debate: Repercusiones de la crisis en los indicadores de salud**  
**Patricia Barbosa. Investigadora Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa. Portugal**

Explicó cómo se financia el Sistema Nacional de Saúde portugués, sus principales problemas y su difícil adaptación a las tendencias sociales, en especial a la urbanización y al envejecimiento de la población.

A las debilidades estructurales de Portugal se suman las medidas anticrisis, cuyo impacto en la salud ha sido mayor tanto por las propias medidas como, sobre todo, por los plazos tan cortos para implantarlas. Analiza el impacto en la salud de los niños; el aumento de las alteraciones mentales y el estrés a través de indicadores como el desempleo, la pobreza infantil o el aumento de la emigración (5.000 profesionales de la salud quieren irse del país).

Repasa el efecto de tasas y copagos: aumento de la gravedad de las urgencias atendidas, descenso del transporte de enfermos, aumento de la mortalidad infantil, aumento de las tasas de suicidio y depresión, aumento de los ingresos por enfermedades respiratorias.

Parece adivinarse una discreta recuperación económica del país y de las familias.

**Gonzalo Gutiérrez Ávila. Jefe de Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha**

Hace un repaso de las causas sociales de la enfermedad desde una perspectiva epidemiológica que comienza en J. Snow. Sigue con los fundamentos de la medicina social y la conferencia de Alma-Ata.

Expone la distribución mundial de algunos indicadores de enfermedad y sociales que le sirven para reflexionar de cómo se ha apropiado de los conceptos sociales el pensamiento hegemónico que prima lo biológico y el predominio de lo mercantil. A su juicio, no debemos entretenernos con lo que denominó las migajas de la crisis: la corrupción, porque lo realmente grave de la crisis es el poder y control ejercido mediante, por ejemplo, la deuda externa.

Las consecuencias de la crisis pueden rastrearse en las tasas de suicidio, que han aumentado en los varones en edad productiva a un ritmo interanual de un 6 %.

## **Conferencia: Retos para la salud en Europa**

### **Fernando Lamata Cotanda. Comisión Europea de Estudio de Políticas de Salud**

Ahora, en un escenario de lucha de clases, gana el capital el especulativo y la protección de la salud se convierte en un objeto de negocio en vez de en un derecho.

Repasa los orígenes de la Unión Europea y la importancia que tienen las transferencias de fondos solidarios. Con la llegada de M. Thatcher en 1982 se produjo la privatización progresiva de los sistemas de solidaridad, la fragmentación de los servicios asistenciales y la deslegitimación de lo público mediante el discurso falso que afirma que es mejor la gestión privada. Ahora hay 18 millones de personas en Europa que no tienen acceso a los servicios sanitarios; se han reducido las prestaciones; se tiende a privatizar la gestión; sube el gasto en medicamentos (25 % del presupuesto en sanidad en España) y se desencadenan respuestas populistas y reacciones defensivas (Brexit), lo que indica una quiebra de valores.

Termina llamando a recuperar los valores de solidaridad, a establecer nuevas alianzas y a explorar nuevos caminos de acción política.



## **Debate: Retos de la cooperación sanitaria internacional**

### **José María Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad de Extremadura**

Expuso el concepto que llamó de cooperación 3.0, mediante la cual los países menos cimentados y más sensibles a seísmos sociales se aprovechan de las experiencias de los países con servicios nacionales de salud más sólidos. Es la alternativa a la mera cooperación vertical 1.0 porque la crisis ha supuesto una disminución del dinero de cooperación, falta de ideas y deterioro de las estructuras de cooperación.

Por ejemplo, se ha deteriorado la cooperación transfronteriza entre Extremadura y Portugal debido al aumento de copagos en Portugal y a la obligación de facturar que impone la aplicación de la directiva europea de cooperación sanitaria transfronteriza. Por otro lado, la ley estatal del voluntariado ha perdido la oportunidad de ser un instrumento para reforzar la cooperación. Ha disminuido la sensibilidad hacia la cooperación debido a la crisis y no se ha aprovechado la internacionalización del sistema MIR.

Además, la industria farmacéutica cada vez es más despersonalizada porque la controlan fondos de inversión, y es más difícil el acceso a medicamentos. La política de precios va por un lado y la evaluación por otro, y no se adopta un sistema de evaluación tipo NICE.

Comprometerse con la cooperación interterritorial pasa por potenciar la acción en el territorio; potenciar la estrategia Proton; impulsar proyectos de investigación; formar a profesionales; restablecer convenios transfronterizos; apoderar a los sistemas de salud; consolidar la colaboración con elementos normativos mediante la Ley del Voluntariado.

Finalizó enumerando las actividades de cooperación que se impulsan desde Extremadura.

### **Ana María Mateos. Médicos del Mundo**

Expuso los fundamentos del modelo de cooperación que identifica a Médicos del Mundo: enfoque de derechos, fortalecimiento de los sistemas de salud, fortalecimiento institucional, incidencia política, acción humanitaria y desarrollo,...

Sus marcos referenciales son el enfoque de la atención primaria de salud; evitar programas verticales y la fragmentación de servicios de salud, la defensa de los sistemas de salud públicos, no sustituir a los estados y la prevalencia del derecho de las víctimas a ser atendidos.

La incidencia política de sus acciones se basa en el trabajo en red; simultanear la asistencia con la denuncia; proponer mejoras en el derecho a la salud: enfoques de género, equidad, interculturalidad, participación.

En cuanto a recursos materiales, explicó su financiación, la importancia que dan a los sistemas de información, al fortalecimiento de la sociedad civil (por ejemplo, apoyo a comadronas tradicionales) y a los saberes locales y a la participación.

**En el debate**, se comentaron fórmulas para reforzar el OIAPSS y se animó al Consejero de Sanidad de Extremadura a recabar de otros niveles de gobierno el apoyo para el OIAPSS

## Clausura

### Rodrigo Gutiérrez Fernández. Director de Calidad. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha

El Director de Calidad expresó su satisfacción por el desarrollo del Seminario, insistió en la importancia de identificar preocupaciones y objetivos comunes ya que, aunque procediendo de distintos países y con distintas organizaciones sociopolíticas, si caminamos hacia un mismo horizonte, la salud colectiva, y si identificamos los mismos obstáculos, las consecuencias de la crisis, estaremos en mejor disposición de unir fuerzas para mejorar el futuro.

**Desde la FADSP y el OIAPSS** esperamos seguir contando con el apoyo de los Gobiernos de Castilla-La Mancha y de Extremadura para mantener nuestras actividades.

A modo de **síntesis**, en el Seminario se han identificado amenazas comunes para sistemas sanitarios dispares en sus orígenes, en su organización y en su funcionamiento. Ha habido coincidencias al denunciar los peligros para la salud de las poblaciones y para el sostenimiento y refuerzo de los sistemas sanitarios si se aplican las políticas neoliberales. En este escenario, el OIAPSS puede desempeñar un papel importante para documentar la salud, tanto mediante indicadores como mediante el análisis sociológico de las tendencias sociales y de los discursos hegemónicos y, a la vez, para fortalecer las alianzas destinadas a priorizar las políticas públicas, el activismo social y la cooperación internacional. Y en ello estaremos.

En Toledo, a 25 de noviembre de 2016

#### ORGANIZAN:



Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde  
Em Defesa dos Sistemas Universais de Saúde Sob Controle Público



Federación de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública

#### COLABORAN:



Castilla-La Mancha

JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales