

Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)



Fernando Lamata

Manuel Oñorbe

CRISIS (esta crisis) y SALUD (nuestra salud)

Fernando Lamata

Manuel Oñorbe

© Fernando Lamata Cotanda

© Manuel Oñorbe de Torre

©Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud)

ISBN papel: 978-84-686-5505-5

ISBN digital: 978-84-686-5506-2

Impreso en España

Editado por Bubok Publishing S.

A los miembros del Grupo de trabajo de crisis y salud

A los afectados (el 90% de los españoles)

“Mi papel, lo reconozco, no es el de transformar al mundo y al hombre; no tengo suficientes virtudes ni luces para eso. Pero quizás sí que lo es el de servir desde mi puesto a algunos valores sin los que no vale la pena vivir en el mundo, incluso transformado”

Albert Camus

Colaboradores

Serapio Severiano

Carmen Amela

José Manuel Estrada

Rodrigo Gutiérrez

M^a José Sierra

Carlos C Álvarez

Antonio Espino

José Antonio Poncela

Pepa Gallego

Ana Cosín

“Vicenta”

INDICE

Presentación

I. Introducción

- Los impactos comenzaron en 2007 pero la guerra había empezado mucho antes	19
- La Sanidad que tuvimos...la Sanidad que queremos tener	20
- Las víctimas de la guerra financiera	20
- Hablamos de personas	21
- La batalla de las ideas	23
- Algunos datos acerca del aumento del gasto sanitario entre los años 2002-2009	26
- ¿Qué hace falta para mantener y mejorar la Sanidad pública? Eficiencia y suficiencia	29
- Dejemos esto claro: el gasto sanitario público en España era razonable	30
- Dejemos otra cosa clara: el Sistema sanitario español era uno de los más eficientes del mundo	34
- Es preciso construir un nuevo discurso	35
- Dos ideas	
- Primera: la crisis económica no fue culpa del déficit público ni del gasto público excesivo	36

- Segunda: los recortes sanitarios y sociales están afectando a la atención sanitaria (y a la salud) de las personas más débiles 36

II. La economía y la crisis (esta crisis). *La crisis económica no fue culpa del déficit público ni del gasto público excesivo*

- Desregulación del sector financiero 37
- Epidemia masiva de fraude en el control financiero 38
- ¡Pero si no son para abrir! 39
- Por desgracia, el esquema no se ha modificado 40
- Desregulación del sector inmobiliario 41
- Dinero fácil 43
- La ruptura del antiguo equilibrio geopolítico 45
- La reunificación alemana y los minijobs 46
- Impuestos y paraísos fiscales: la revolución de los ricos 47
- La crisis no la causó el aumento del gasto público ni de la deuda pública 47
- La recesión económica en España y en Europa 51
- El drama del desempleo 52
- El ogro del déficit público como excusa universal para los recortes de derechos: “esto es lo que hay” 54
- El “boquete fiscal” 56
- La economía sumergida y el fraude fiscal 59
- Un sistema fiscal progresivo 62

- Pero ¿qué está pasando ahora con los gastos públicos a pesar del déficit?	64
- Y si se hubiera ayudado más a la economía productiva?	67
- Ruptura del contrato social y aumento desigualdad	68
- España , país que más ha crecido en desigualdad	69
- Un nuevo modelo productivo	73

III. La salud (nuestra salud). *Los recortes sanitarios y sociales están afectando a la atención sanitaria (y a la salud) de las personas más débiles*

- El impacto en el Sistema Sanitario	75
- Pero ¿por qué ha de ser pública la sanidad?	77
- Por presión social, por miedo	80
- Por previsión, nos puede pasar a todos	81
- Por interés, nos conviene a todos	82
- Por justicia social, es un derecho	82
- Por humanidad	82
- Impacto en la universalidad	84
- Gasto sanitario público ¿cuánto?	91
- Se recorta más en atención primaria y en salud pública	93
- Recortes o mejoras de eficiencia	94
- Retroceso en la solidaridad	96
- Impacto en las prestaciones sanitarias con	

financiación pública y en su calidad	98
- El debate de los copagos	99
- Copago hospitalario y “regulación de la demanda”	101
- Los recortes de presupuestos recortan calidad	102
- Los recortes también han afectado a la investigación	110
- Los recortes afectan más a los más débiles: se rompe la equidad	110
- Los recortes aumentan el tiempo de espera para acceder a la atención sanitaria que necesitan los pacientes	111
- A río revuelto ganancia de pescadores, el debate sobre los modelos de gestión	117
- En todo caso sabemos que no se ha demostrado que la gestión privada de la sanidad pública sea más eficiente y hay más evidencias de lo contrario	117
- Prestación farmacéutica: poco a poco va aumentando el coste directo	122
- Los medicamentos, los recortes y la crisis	122

IV. ¿Cómo afecta el deterioro de la sanidad a la salud?

- Los daños a la salud de la crisis	130
- Los grandes indicadores del estado de salud de las poblaciones	131
- La mortalidad	131
- Esperanza de vida en buena salud	132

- Morbilidad: algunas patologías significativas	133
- Las enfermedades infecciosas	133
- Los dientes de las personas, indicador de situación socioeconómica	139
- La salud mental, primera perjudicada	142
- Más preocupante y más grave, los suicidios aumentaron en España	145
- La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud	148
- ¿Vacunas solo para ricos?	150
- Percepción subjetiva del estado de salud	153
- Valoración de los servicios sanitarios públicos	154

V. Hay alternativas

- Sí, se puede recuperar y garantizar una buena sanidad pública	163
- ¿Qué podemos hacer?	164
- Universalidad	164
- Suficiencia	165
- Solidaridad	165
- Equidad	165
- Reducir y retirar los copagos/repago	166
- Cartera de servicios completa	166
- Profesionales sanitarios y organización	167
- Atención centrada en el paciente / persona	168

- Atención social y atención sanitaria bien coordinadas	170
- Tecnologías de información y comunicaciones	170
- Público Privado. Reforzar la buena gestión pública	171
- Desarrollo de la salud pública	172
- Medidas que se recomiendan para mejorar la eficiencia del sistema sanitario	172
- ¿Quién defiende el sistema español de salud?	
¿Quién debe defenderlo?	174

VI. Referencias y Bibliografía 177

VII. Apéndices.

1 Cosas que tienen que estar	193
2 Hablamos de personas	207

VIII. Anexo

Un análisis político	219
-----------------------------	------------

PRESENTACIÓN

La gestión que se ha hecho de la crisis económica que desde hace ya un quinquenio se ha establecido en España tiene necesariamente que llevar a cambios en el equilibrio del binomio salud/enfermedad de la población.

Aunque la relación entre desarrollo socioeconómico y morbimortalidad está estudiada y demostrada desde hace mucho tiempo (la bonanza económica lleva también aparejada algunos factores morbígenos en sociedades desarrolladas), la situación de renta y desarrollo de la que se partía en nuestro país podía haber minimizado los problemas si la crisis no se hubiese cargado fundamentalmente sobre los derechos sociales de los ciudadanos.

Además de ello, no necesariamente consecuencia de la crisis, aunque también, estamos asistiendo a un ataque al propio Sistema Sanitario en su concepción universal, igualitario y solidario que habrá de tener también reflejo en los indicadores de estado de salud de la población.

Puede que todavía sea pronto para que esos indicadores reflejen las consecuencias de la falta de recursos económicos y de los diversos recortes en los Sistemas que sustentan el bienestar de las sociedades, pero son cada vez más numerosos los trabajos que están apareciendo y los estudios que se han puesto en marcha para la investigación de la situación de salud en España y su relación con la crisis.

Un tema importante que habrá también que ir desarrollando en esta relación crisis/salud es el de si la recesión económica sola justifica el deterioro de la salud pública o de sí, como afirman algunos investigadores “las recesiones son neutrales para la salud, el peligro son las

decisiones que toman determinados gobiernos y determinados políticos”.

Con estos cinco párrafos, iniciamos hace ya casi dos años un trabajo de análisis sobre el impacto de la crisis en nuestro Sistema Nacional de Salud y consecuencia de ello sobre la salud de los españoles; nos pusimos a estudiar indicadores macro y micro, repasamos bibliografía, embarcamos a muchos compañeros en estos estudios... ¿era pronto para ver el deterioro de la salud en la población por los recortes? ¿Era que se estaba exagerando? ¿Era que realmente vivíamos por encima de nuestras posibilidades también en esto como reiteradamente intentaban hacernos creer?

Después de algún tiempo y mucho trabajo nos dimos cuenta que el tema era más sencillo de lo que pensábamos y que requería menos concienzudos estudios de expertos (que también), el tema era que se estaban (y se están) desviando los recursos a los sistemas financieros. Que este desvío exigía una estrategia de culpabilizar a los ciudadanos por derrochones y de culpabilizarnos a los sanitarios por no gestionar bien los recursos. Habíamos caído en la trampa, discutíamos sobre la necesidad de los copagos y de limitar el catálogo de prestaciones, discutíamos sobre la eficaz gestión de la sanidad privada a la que estaban desviando también los recursos en nuestras propias narices y nos olvidábamos de que todos los datos nos estaban diciendo a gritos que se estaban cargando el Sistema Sanitario que tanto trabajo y esfuerzos había costado, que las desigualdades en el mismo aumentaban, que ya no era un derecho de los ciudadanos en su conjunto, que la beneficencia estaba reapareciendo... Además, la falta de recursos iba también ligada a un problema no de gasto, sino de ingresos públicos porque los más ricos no pagan los impuestos que deberían y ello provoca el boquete fiscal que tenemos en España en relación con los países europeos.

Paramos los trabajos para reflexionar y analizar cuál podía ser la mejor manera de combatir (desde nuestra modesta posición) lo que estaba pasando. El resultado son estas páginas que presentamos, escritas desde el rigor científico pero también con las tripas, escritas en el lenguaje más accesible que hemos sabido para que pueda ser leído por personas ajenas al sector, escritas citando ejemplos concretos vividos y publicados y escritas haciendo especial énfasis en lo que ha sucedido en la economía y analizándolo políticamente.

Hemos solicitado también la colaboración en columnas y opiniones a personas que conocen bien los temas que tratan y que estaban trabajando con nosotros en estos estudios y a las que hemos explicado el contexto en el que las mismas iban a aparecer.

Ya sabíamos que las condiciones sociales y la pobreza están relacionadas con la enfermedad y la muerte (es un tema antiguo). Pero nuestro análisis es que las causas del deterioro de los derechos sociales han sido, por una parte, la crisis económica originada en la desregulación del sistema financiero y, por otra, la gestión de la crisis centrada en las ayudas a ese sector y en los recortes de gasto público. Podía haber sido de otra manera. Podemos hacer que sea de otra manera. Desde este análisis pensamos que las cosas pueden cambiarse si hay voluntad política, es decir, si hay una mayoría que así lo quiere. Debemos recuperar derechos y prestaciones y tenemos que conseguir que el Sistema Sanitario sea realmente universal y de máxima calidad; pero habrá que blindarlo para que nadie pueda desmantelarlo...

Que os guste

P.D. Mucha gente nos ha ayudado y ha trabajado en este libro desde que tuvimos la primera idea de hacerlo, algunos de los que han participado en reuniones y debates sobre el tema nos han honrado con su disponibilidad a poner una columna en el texto, gracias, otros han revisado además el texto en su conjunto y nos han señalado caminos y errores y otros nos han aconsejado y participado en reuniones de preparación de estos contenidos. A todos nuestro agradecimiento y nuestra admiración por su honradez y compromiso.



Maestro ¿era verdad que estabamos viviendo por encima de nuestras posibilidades?

*Si era verdad...
pero solo para algunos...
que siguen viviendo a costa
de nuestras posibilidades*

I INTRODUCCIÓN

LOS IMPACTOS COMENZARON EN 2007, PERO LA GUERRA HABÍA EMPEZADO MUCHO ANTES

El 1% más rico de los EEUU pasó de controlar el 8% de los ingresos anuales totales al 18% entre 1980 y 2008. La crisis fue una consecuencia de esa lucha, de esa ruptura del equilibrio social.

Al analizar el impacto de la crisis financiera y económica que comenzó en 2007 en los EEUU y que afectó a Europa desde 2008 hasta hoy, nos fijamos en las consecuencias que la crisis estaba teniendo en la atención sanitaria y social a las personas. La crisis estaba y está produciendo un deterioro en el sistema sanitario público, y ese deterioro perjudica a las personas enfermas y a sus familias. Los Gobiernos nos dijeron que la culpa de la crisis era que “habíamos vivido por encima de nuestras posibilidades”, que se había gastado demasiado en sanidad y en otras políticas públicas, se había despilfarrado, y ese exceso de gasto había producido un déficit público enorme. Ese déficit tenía que recortarse: “no podemos gastar lo que no tenemos”, decía Rajoy (CNN, 2012).

Pero no nos dijeron la verdad. La verdad es que España sí tenía recursos y capacidad para mantener una buena sanidad. Sí había, pero se lo estaban llevando otros, los más ricos, los más poderosos, y se lo siguen llevando.

Lo que está pasando es que se está produciendo una transferencia desde las rentas del trabajo hacia las rentas de la propiedad y rentas mixtas. Las rentas del trabajo eran un 54% del PIB en 2008 y se han reducido hasta un 51,5% en 2012). (Fundación FOESSA, 2014) y, además, se están deteriorando los servicios públicos.

El diagnóstico era equivocado y el tratamiento también. Y no fue casualidad. El discurso dominante fue dirigido por la clase dominante, las instituciones financieras. La causa de la crisis estuvo en el exceso sí, pero el exceso de préstamos y la utilización de productos financieros “tóxicos”, de alto riesgo, vendidos por los bancos estadounidenses, alemanes, franceses, ingleses y también españoles.

(Todavía hoy, primavera de 2014, dice la radio que un banco ha sido condenado porque un empleado vendió preferentes a sus padres, sin saber lo que les estaba vendiendo: cumplía objetivos) (Cadena SER, 2014).

LA SANIDAD QUE TUVIMOS... LA SANIDAD QUE QUEREMOS TENER

Los constantes recortes de la sanidad pública, más de un 17% desde 2009, están debilitando el Sistema Nacional de Salud. Un servicio que era reconocido y admirado por propios y extraños. Una sanidad que cada día salva vidas. Una sanidad que nos ha vacunado, nos ha controlado las cifras de colesterol, nos ha operado de cataratas, ha cuidado a nuestros hijos y a nuestros padres. Una sanidad que queremos vuelva a ser lo que fue.

Y nos la están quitando.

LAS VÍCTIMAS DE LA GUERRA FINANCIERA

El New York Times entrevistó a Warren Buffet, uno de los 10 hombres más ricos del mundo, en 2006 y dijo “Claro que hay lucha de clases. Pero es mi clase, la de los ricos la que está haciendo la guerra. Y la estamos ganando” (Stein, 2006)

No era una ocurrencia, un año antes había expresado la misma idea al ser entrevistado por la CNN (Dobs, 2005).

Es una dura guerra donde no hay bombas pero sí hay víctimas.

HABLAMOS DE PERSONAS

En determinados momentos, la historia de las personas es la historia de los momentos. Por ello nos ha parecido necesario enumerar casos concretos que ilustren los análisis que hacemos. Todos son casos reales, los que figuran en el texto sin referenciar y los que al final del libro se exponen con más detalle. En estos últimos sí incluimos la fuente de donde se han tomado.

Hablamos de personas. De Ahmed, que podría ser nuestro hermano o nuestro hijo, que antes de abril de 2012 tenía derecho a la atención sanitaria pública por estar empadronado en España, y ahora no tiene derecho y, si enferma de cáncer, no podrá pagar el tratamiento, y morirá

Hablamos de Josefina, que podía ser nuestra esposa, o nuestra madre, que está en el pasillo del hospital con un problema respiratorio, con los sueros colgados en alcayatas clavadas en la pared y que tiene que hacer sus necesidades y ser explorada en circunstancias que vulneran su intimidad y hacen difícil para el personal sanitario desempeñar adecuadamente su labor.

Hablamos de Ana, que podría ser nuestra hija, y que está más de 90 días buscando trabajo en Francia, que antes tenía derecho a la atención sanitaria tanto en ese país, como en España cuando volvía, y que ahora no

tiene ese derecho.

Hablamos de Ramón, que está en lista de espera para unas pruebas más de tres meses y no tiene dinero para pagarse una consulta privada y tiene miedo de que su enfermedad se agrave sin un tratamiento oportuno.

Hablamos de Consuelo que no puede pagar la calefacción, de Tomás que ha sido desahuciado de su casa, de Montserrat que necesita ayuda para que sus hijos puedan comer una vez al día, de Julián que no tiene dinero para pagar la medicina que le ha recetado la doctora...

Hablamos de Jesús, un médico que ha puesto toda su ilusión en su trabajo desde hace más de 20 años, y que ha visto como le bajaban el sueldo, le prohibían acudir a un curso para mantener su formación al día, le reducían los compañeros del servicio y las sustituciones en caso de baja y bloqueaban cualquier innovación tecnológica. Está viendo cómo la atención a los pacientes es peor que antes, porque tiene menos medios y menos tiempo. Y cuando ha denunciado esta situación a sus superiores le han amenazado con un expediente disciplinario y le han tratado con poco respeto. Tristeza y miedo es lo que siente.

El daño que se ha hecho y se sigue haciendo a la sanidad española es grave. Y ese daño afecta a la atención sanitaria de los pacientes, y a su bienestar y su salud. Afecta a los derechos de los pacientes y de los profesionales sanitarios. Es una marcha atrás que tendremos que volver a andar.

A lo largo del siglo XX Europa había construido un modelo sanitario universal que puede ser considerado como una de las conquistas más grandes de la humanidad. Por

primera vez en la historia, cualquier persona que necesitara atención sanitaria la podía recibir, en las mismas condiciones, independientemente de su situación económica. Era una verdadera revolución social.

Hoy, más de la mitad de la población del planeta no tiene este derecho todavía. Queda un largo camino por recorrer. En EEUU Obama intenta implantar su reforma sanitaria con enormes resistencias por parte del partido Republicano (en el Congreso y en algunos Estados). En Europa, las fuerzas neo-liberales insisten una y otra vez en recortar la cobertura sanitaria pública, aunque la mayoría de la población sigue defendiendo este derecho. Los ciudadanos europeos quieren que la UE refuerce la solidaridad y la equidad, y que desempeñe un mayor papel en materia sanitaria (Eurobarómetro, 2014). También en España, en muchas ciudades españolas, las “mareas blancas” de ciudadanos y profesionales sanitarios están intentando frenar la contra-reforma sanitaria.

Se dice que no había más remedio que recortar, que la crisis económica obligaba. No es exactamente así. Nos han ganado también la batalla de las ideas.

Pero, la pregunta es: ¿Por qué se ha llevado a cabo esta contrarreforma sanitaria?

LA BATALLA DE LAS IDEAS.

La batalla económica se libra también con la batalla de las ideas. Los neo-liberales, con la excusa de la crisis que ellos mismos han provocado, atacan una y otra vez a los sistemas públicos: educación e investigación, sanidad, pensiones, dependencia, cooperación.



Nelson Mandela 2005

“Al igual que la esclavitud o el apartheid, la pobreza no es natural, está creada por el hombre y por tanto puede ser superada y erradicada por las acciones de los seres humanos.

Erradicar la pobreza no es un gesto de caridad. Es un acto de justicia. Se trata de proteger un derecho humano fundamental, el derecho a la igualdad y a una vida digna”

Pero hasta esta crisis financiera los gobiernos no habían planteado abiertamente el desmontaje de la sanidad universal. Tanto en España, como en otros países de Europa, el apoyo a la sanidad pública era mayoritario.

Sin embargo, paradójicamente, en esta crisis causada por la codicia desmedida de algunos altos ejecutivos de grandes corporaciones, y tolerada por la debilidad y falta de control de los gobiernos, la derecha ideológica creó un discurso que culpabilizaba al sector público y pedía su desmantelamiento. Ese discurso no fue rebatido desde la izquierda con claridad. El sufrimiento de muchas personas que perdían la casa, que perdían el empleo, que veían en riesgo su futuro, debilitó su capacidad de reacción. Desde los foros neoliberales se insistía: los culpables son los políticos, todos los políticos son iguales. Y parte de la sociedad, muchas personas de pensamiento progresista, se sumaron, desde la izquierda, al rechazo a las instituciones (partidos, sindicatos, gobiernos) por no haber evitado la crisis.

Este nuevo escenario permitió que el pensamiento neo-liberal consiguiera imponer, ahora sí, sus ideas sobre la supuesta “insostenibilidad” y la supuesta “ineficiencia” del sistema sanitario. Y en base a ese discurso se inició una política que recorta importantes derechos y deteriora la calidad de la asistencia sanitaria pública.

Por esa misma hegemonía ideológica a fecha de hoy todavía no se han hecho las reformas necesarias para evitar que el sistema financiero vuelva a crear otra burbuja como la que ocasionó la crisis. Si tras la crisis de 1929 se pusieron en práctica medidas para limitar la concentración de riesgos, en la actualidad ni se ha recuperado esa regulación, que evitó que hubiera crisis financieras importantes desde entonces hasta finales de siglo, ni se han adoptado medidas equivalentes. La nueva consigna es, por lo tanto, alternar épocas donde los beneficios del sistema financiero sean privados con otras donde se socialicen las pérdidas. En esta lógica, el sector público deberá acumular recursos o desendeudarse en períodos de bonanza para poder afrontar esas pérdidas en épocas de crisis por lo que los recortes a otros gastos, especialmente los sociales, tienen carácter permanente.

Se dice que no hay dinero. Que se debe recortar el déficit. Y se analiza cómo recortar y dónde recortar. Se señalan supuestas ineficiencias como “causa” del problema.

Muchas personas bien intencionadas dicen: es verdad, hay muchas ineficiencias, se ha despilfarrado, hay que recortar el gasto, hay que despedir funcionarios, así pagaremos menos impuestos... Desde foros académicos se insiste una y otra vez en la “insostenibilidad” del sistema sanitario español porque, según ellos, “va a seguir creciendo sin parar como lo ha hecho en los últimos años”. A veces se relaciona este incremento del gasto sanitario en España con el hecho de que se transfiriera la sanidad a 10 Comunidades

Autónomas en 2002, y con una “carrera por ofrecer más servicios”, etc.

Este discurso, bienintencionado, ofrece un marco de comprensión a las políticas de recorte: si se gastaba demasiado es lógico que se recorte.

Pero es que no es verdad.

No se tiene en cuenta que:

- el gasto sanitario público había crecido en la misma proporción que en otros países en un contexto de crecimiento económico,

- en la década anterior (1990-2000) se había congelado el gasto sanitario público respecto al PIB con el consiguiente deterioro del servicio público,

- en EEUU el gasto sanitario en relación con el PIB es el doble y no había habido nuevas transferencias de competencias a los Estados,

- y, sobretodo, que desde 2009 a 2014 el gasto sanitario en España (y en la UE) ha disminuido o se ha congelado, a pesar del envejecimiento, las nuevas tecnologías, las nuevas patologías, y todas las causas que supuestamente impulsaban el crecimiento del gasto de forma imparable. Es decir, el Gasto Sanitario Público (GSP) tiene que ver con la renta del país y con decisiones políticas acerca de las prioridades del gasto.

ALGUNOS DATOS ACERCA DEL AUMENTO DEL GASTO SANITARIO EN LOS AÑOS 2002-2009

En el Informe de la OECD, Health at a Glance 2013, pág 156, vemos que en promedio, los países de la OECD aumentaron el gasto per cápita un 4,1% anual en el periodo 2000-2009. Es lo que aumentó España. Otros países

Europeos aumentaron más (Reino Unido 5,3; Irlanda 7,0; Holanda 5,5; Grecia 5,3; Polonia 7,1; Estonia 7,2; Eslovaquia 10,9).

En el periodo 2009-2011 el gasto sanitario per cápita de los países OECD aumentó un 0,2% y en España disminuyó un 0,5%.

Según la Base de Datos on line de Eurostat, actualizada el 3 de julio de 2014, y consultada ese día, la diferencia del Gasto Sanitario Público español en 2011 en relación con el PIB (6,75%) seguía siendo grande comparada con países como Alemania (8,37) Francia (8,60), Suecia (7,33) y Holanda (9,62). Era la tercera por la cola de la UE-15, solo delante de Portugal y Grecia.

Los años anteriores, década de 1990-2000, el gasto sanitario público, a pesar del aumento de las necesidades, se mantuvo estable en torno al 5% del PIB.

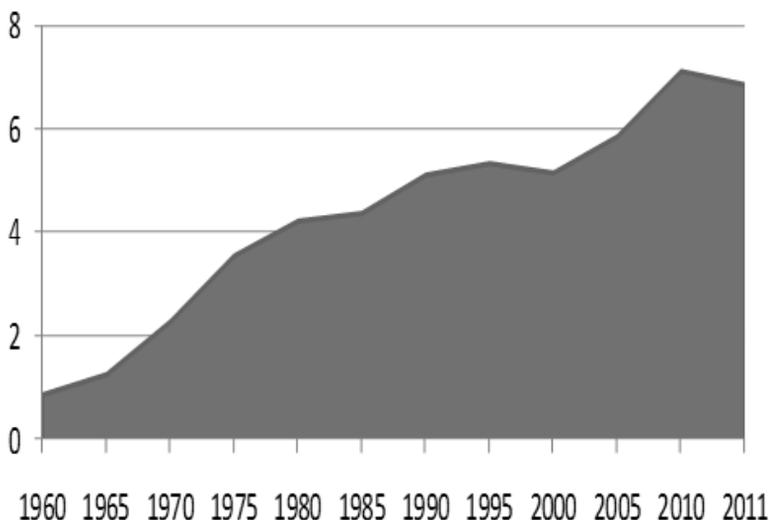


Figura 1. Evolución del gasto sanitario público en % PIB
Fuente: OECD Health Data. Elaboración propia

Cuando más creció el gasto sanitario público en relación con el PIB fue en los años 60 del siglo XX (duplicándose de 0,88% del PIB a 2,27% del PIB; es la época en que se desarrollan nuevos hospitales, La Paz, Puerta de Hierro, La Fe, etc., y ambulatorios, y se amplió la cobertura y las prestaciones) y en la década de los 70 (de 2,27% del PIB a 4,23% del PIB en 1980. Hay aumento de cobertura y de servicios; recordemos hospitales de salas de 50 pacientes, manicomios, etc.).

En los primeros años 80 se frena el gasto público (crisis del petróleo, destrucción puestos de trabajo,...) hasta 1987 en que se impulsa un crecimiento de hasta llegar al 5,12% del PIB en 1990. Y no era tan marcado el fenómeno de las nuevas tecnologías, o del envejecimiento. Se trataba de más cobertura, más prestaciones, y más calidad (más profesionales, mejores centros...).

En los 90 se frenó el gasto sanitario público (consecuencia de la crisis del 91 y el cambio de gobierno) de 5,12% a 5,16%, y creció el privado de 1,39% a 2,05%. Este freno (que se notó en salarios, instalaciones, listas de espera, etc.) se recuperó en los 2000, con nuevas inversiones, mejoras salariales, incorporación de nuevos profesionales, etc., alcanzando un 7,12% en 2010. Teniendo en cuenta la media de los dos últimos periodos, el crecimiento es menor que en las tres décadas anteriores. [Además hay que tener en cuenta el cambio de la EGSP al SCS, que incluye Gastos de Larga Duración, entre 0,2 a 0,5 puntos de PIB según los años, a partir de 2003].

Un país o una persona pueden gastar más en sanidad cuando tienen más renta. En cada marco (renta disponible) un país decide gastar más en sanidad pública o privada en función de sus decisiones políticas y personales.

El gasto sanitario en proporción con el PIB crece sobretodo en función de la renta (y luego de decisiones políticas). En 2011, con datos OECD, en EEUU era el 17,7%

¿será el tope que una sociedad se quiere gastar? En China era el 5,2%, como España en los 80. En India 3,9%, como España en los 70. En países con más PIB/cápita que EEUU el gasto sanitario se ha mantenido en 10-12% del PIB (Noruega, Holanda...).

¿QUÉ HACE FALTA PARA MANTENER Y MEJORAR LA SANIDAD PÚBLICA?: EFICIENCIA Y SUFICIENCIA

En torno al gasto sanitario hay dos perspectivas, las dos necesarias:

Por una parte: con lo que tengamos en cada momento hay que obtener el mejor resultado posible. Es el debate sobre la eficiencia. Que es necesario en cualquier escenario económico. Siempre.

Por otra parte: ¿qué dotación es posible y deseable, según nuestro nivel de renta? Es el debate sobre la suficiencia y la solidaridad: ¿cuánto podemos gastar y cómo se financia? Para el nivel de renta español, de más de 20.000€/ persona, es muy razonable gastar un 7,5% en sanidad pública, mientras que el objetivo de recortes del actual gobierno de España es llegar a gastar solo un 5,3% del PIB en el año 2017. (Actualización del Programa de Estabilidad. Reino de España 2014-2017, pág. 42).

Si se cumplen los objetivos del actual Gobierno, en 2017 la sanidad pública que se podrá pagar en España será mucho más modesta que la que teníamos en 2009: menos personal, peor pagado, menos medios técnicos, edificios peor mantenidos, menos tiempo de atención, peor calidad.

Estos recortes no tienen que ver solamente con la disponibilidad económica (la renta) del país. Tienen que ver con decisiones políticas. Con opciones sobre la dimensión y la calidad de la sanidad pública (para todos) y la privada (la que se puedan pagar los que tengan medios económicos).

DEJEMOS ESTO CLARO: EL GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA ERA RAZONABLE

Hay que repetir otra vez que España no tenía un Gasto Sanitario Público elevado. El gasto por habitante era ajustado a nuestro nivel de renta, e incluso un poco menor.

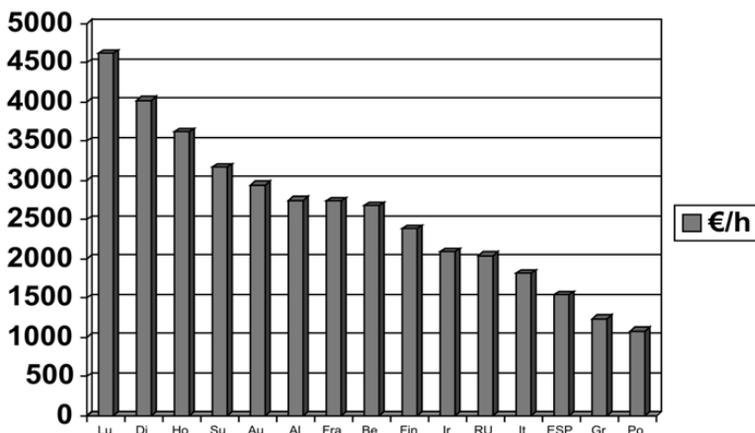


Figura 2. Gasto sanitario público por persona en 2011 Fuente: Eurostat 2014, OECD 2014, HFA 2014. Elaboración propia

Con nuestro nivel de renta todas las personas residentes en España podrían y deberían tener una sanidad pública adecuada y completa, con unos profesionales bien formados y motivados, que cuenten con los medios adecuados para realizar su trabajo (recordemos que el GSP en Alemania 8,37; Francia 8,60; Holanda 9,62; Bélgica: 7,99; Austria 7,92; según Eurostat para 2011). (Eurostat 2014)

Argumentan algunos autores que el gasto sanitario público en España está ajustado o incluso un poco por encima de lo que le correspondería por renta. Todo depende

de con qué se compare. Si incluimos en la comparación países como Turquía, México o Corea (miembros de la OECD) con una renta per cápita menor que España y con porcentajes de gasto sanitario público de 3,1; 4,1 y 4,2 respectivamente, entonces España gasta más relativamente.

La variable principal que determina el gasto, como hemos comentado, es la disponibilidad económica, la renta per cápita y, luego, la decisión política de cuánto queremos gastar y el modelo sanitario (Lamata, 1998). Nosotros entendemos que debemos comparar nuestro gasto sanitario con el de países europeos que estén igual, o más, desarrollados que España; ese debe ser nuestro referente.

Por eso comparamos con los países de la UE-15 y, entonces, vemos que el gasto sanitario público español está en la banda baja en función de la renta del país. Por supuesto, cuestión aparte es la mayor o menor eficiencia del gasto sanitario público. Puede haber más gasto y ser menos eficiente. Así, diversos estudios muestran como los modelos de gestión directa, o gestión de la oferta (en general modelos de servicio nacional de salud, con puerta de entrada en atención primaria, como el español) son más eficientes (menos gasto para igual calidad de prestaciones y resultados en salud) que los modelos de gestión indirecta, o gestión de demanda (en general modelos tipo seguridad social, con más gestión privada y más intermediarios, como Holanda).

En todo caso, si se compara el gasto sanitario público de España con el gasto sanitario público de todos los países de la UE (UE-28), España gastaba en 2012 casi un punto menos de PIB (7,7% y 6,8% respectivamente). Ahora la diferencia será mayor.

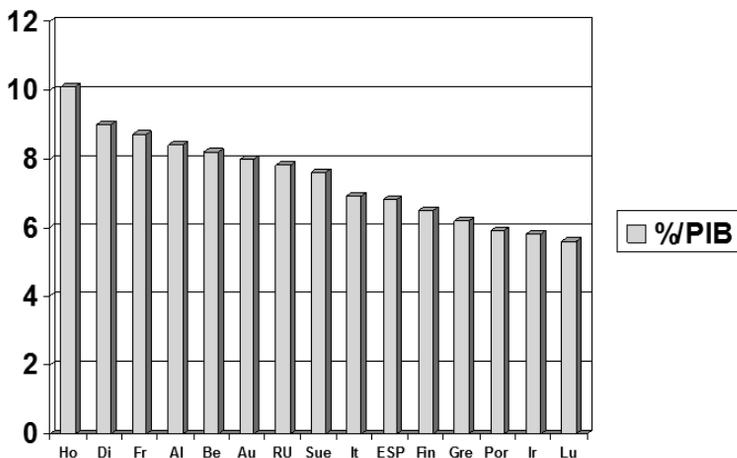


Figura 3. % de gasto sanitario público/PIB en 2012 Fuente: Eurostat 2014, OECD 2014, HFA 2014. Elaboración propia

Entonces ¿por qué España no puede tener el Sistema Sanitario Público de calidad que teníamos? El problema, como veremos más adelante, no es de gasto, sino de ingresos públicos. Simplificando: los más ricos no pagan los impuestos que deben y en España hay un boquete fiscal en relación con los países europeos. Es un problema de falta de solidaridad y de justicia de los más poderosos. A esto se une la opción política por dar prioridad a otro tipo de gastos, de carácter menos social que la sanidad o la educación, y destinados a mantener las rentas de ciertos sectores económicos durante la crisis (ayudas a la banca, concesionarias de autopistas, etc.).



DEJEMOS OTRA COSA CLARA: EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL ERA UNO DE LOS MAS EFICIENTES DEL MUNDO.

La sanidad española funcionaba muy bien hasta 2010 y, todavía hoy, a pesar de los recortes, mantiene un alto nivel de calidad.

Si lo que pretende un sistema sanitario es disminuir la mortalidad prematura y reducir la carga de enfermedad, España obtenía el tercer mejor resultado del mundo en esta labor. No hay muchos sectores en España de los que se pueda afirmar esto.

Ciertamente estos resultados no son solo efecto del sistema sanitario; influye también la educación, el clima, la alimentación, etc.

Pero la sanidad (la atención primaria, la atención hospitalaria, la salud pública) contribuye de forma sensible. Pues bien, J.A. Salomon y otros investigadores analizaron la Esperanza de Vida en Buena Salud en el marco del impresionante estudio de Carga Global de Enfermedad coordinado por el Institute for Health Metrics and Evaluation. Este trabajo, publicado en The Lancet en diciembre de 2012, combina y sintetiza datos de mortalidad evitable y morbilidad, sumando los años de vida perdidos (mortalidad prematura) y los años con mala salud (prevalencia de enfermedad, lesiones accidentales y sus secuelas, ponderadas por la discapacidad que ocasionan) de 187 países. (Salomon, 2012)

Según el estudio, con datos de 2010, España era el tercer país con una esperanza de vida en buena salud más alta del mundo, después de Japón y Singapur, y seguida por Suiza, Australia e Italia. En lo que se refiere a sexos ocupábamos la segunda posición en mujeres y la cuarta en varones. (Salomon, 2012)

Esto no es algo aislado, puntual, sino que muestra un desarrollo positivo a lo largo de los años, y confirmado por diversas fuentes e investigaciones. Por ejemplo, según datos de la OCDE 2012, habíamos conseguido en 2010 la menor mortalidad por todas las causas, ajustada por edades, de Europa. (OECD, 2012)

Si los resultados en salud eran buenos, el coste de nuestro sistema sanitario era proporcionado a nuestro nivel de renta, con menos gasto sanitario público sobre PIB que Francia, Italia, Alemania, Reino Unido, Australia y, desde luego, que Holanda o EEUU, cuyos modelos quieren copiar algunos gurus económicos y sanitarios para España.

No era una situación nueva. Cuando en su Informe Mundial de la Salud 2000 la OMS analizó la eficiencia de los sistemas sanitarios, España ocupaba el 7º lugar del mundo (191 países); pero en países con más de 5 millones de habitantes, la posición pasaba a ser la tercera. (WHO, 2000)

ES PRECISO CONSTRUIR UN NUEVO DISCURSO

Hemos de intentar que no se imponga como bueno el “discurso” de la inviabilidad de los servicios públicos y hemos de volver a plantear con fuerza los valores en los que se basaba y se debe seguir basando nuestra convivencia: la solidaridad y la justicia frente a la codicia y el sálvese quien pueda. Los valores de universalidad, equidad, solidaridad y acceso a servicios de calidad, que deberían ser los valores comunes de la UE para los sistemas sanitarios.

Presentamos ahora los tres capítulos principales de este libro: el primero sobre la crisis económica, el segundo sobre el impacto de la misma en el sistema sanitario y el tercero sobre la afectación de la salud de los españoles. Dos ideas sustentan el discurso que presentamos:

DOS IDEAS

Primera LA CRISIS ECONÓMICA NO FUE CULPA DEL DÉFICIT PÚBLICO NI DEL GASTO PÚBLICO EXCESIVO

Segunda LOS RECORTES SANITARIOS Y SOCIALES ESTÁN AFECTANDO A LA ATENCIÓN SANITARIA (Y A LA SALUD) DE LAS PERSONAS MÁS DÉBILES

II. LA ECONOMÍA Y LA CRISIS (ESTA CRISIS). La crisis económica no fue culpa del déficit público ni del gasto público excesivo

Empecemos preguntando ¿por qué se produjo la crisis financiera y económica 2007-2014?

DESREGULACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO

La crisis financiera que hemos vivido en los últimos años y que ha provocado la destrucción de más de 3 millones de empleos en España, se inició en 2007 en los EEUU cuando miles de ciudadanos no pudieron pagar sus hipotecas y comenzó una enorme bola que empezó a afectar a los bancos y que provocó la quiebra del Lehman Brothers en 2008, entre otros muchos (el último, el Banco Espírito Santo de Portugal, el 18 de julio de 2014).

Las llamadas hipotecas basura (basadas en tasaciones sobrevaloradas, y concedidas a clientes sin garantías suficientes para devolver el crédito) se “envolvían” en otros “productos financieros” supuestamente más seguros y se vendían a otras entidades financieras, a fondos de pensiones o fondos de inversión en EEUU y en otros países. Prácticas similares se habían llevado a cabo en España y en Europa. Cuando empezó a fallar el sistema financiero se produjeron quiebras bancarias en cadena. El crédito se congeló y las empresas del sistema productivo no pudieron acceder a financiación para sus operaciones viéndose arrastradas por la crisis.

El origen del problema está en la desregulación del sector financiero.

Los reguladores (Bancos Centrales, Ministerios de Economía de los Gobiernos) no vieron venir el problema. Las agencias de calificación tampoco detectaron los enormes riesgos. Se suponía que un sistema financiero desregulado funcionaba mejor y permitía un mejor desarrollo de la economía productiva.

Sin embargo, este problema no era nuevo. En la década de los 20 del siglo pasado el sistema financiero también había concentrado riesgos de forma excesiva hasta que la burbuja estalló en 1929. A raíz de aquella experiencia se establecieron los cortafuegos necesarios para evitar que aquello se volviera a repetir limitando la asunción de riesgos por la banca.

Años después, surgieron ciertas teorías en la escuela de Chicago, esencialmente a partir de los trabajos de Milton Friedman, que abogaban por una mayor liberalización. Con la llegada al poder de R. Reagan, estas ideas pasaron de la teoría a la legislación y comenzó la desregulación del sistema financiero. Se permitió la aparición de nuevos productos financieros y de nuevas instituciones que realizaban funciones bancarias con menor regulación desde plataformas “offshore”, es decir, en tierra de nadie jurídica. Para poder competir con ellas, los bancos tradicionales pidieron que el sistema se desregulara también para ellos.

EPIDEMIA MASIVA DE FRAUDE EN EL CONTROL FINANCIERO.

William Black, experto en la regulación y el control de las instituciones financieras, definió esta crisis como una “epidemia masiva de fraude en el control financiero” (Black, 2010), y la calificó como “un arma de destrucción masiva” que ha hecho desaparecer millones de puestos de trabajo en todo el mundo. (El FBI ya advirtió al Congreso en 2004 de una “epidemia” de hipotecas fraudulentas). Él habla de

crisis financieras intensificadas y recurrentes causadas por una regulación inadecuada (desregulación) que permite: a) instituciones financieras “demasiado grandes para dejarlas quebrar” (*too big to fail*); b) mecanismos y dimensión perversos de la remuneración de los altos ejecutivos; c) falta de supervisión y control apropiados (Black, 2013).

Estos son, según él, los factores etiológicos de la crisis. El tratamiento es corregir esas causas: reducir el tamaño de las instituciones financieras, cambiar el sistema de remuneración de directivos, y fortalecer los mecanismos de supervisión e inspección, regulando adecuadamente los tipos de instituciones, su seguridad, su transparencia, su riesgo asumible, así como los productos financieros.

¡PERO SI NO SON PARA ABRIR!

¿Cómo funciona esta desregulación financiera?

Cuando estalló la crisis financiera le pregunté a un directivo de uno de los bancos españoles más grandes cómo era posible que los bancos hubieran generado un enorme volumen de créditos sin garantías, y él me explicó cómo funcionaban los créditos basura o las hipotecas basura (de casi imposible cobro, como créditos a 30 años para personas con más de 70), combinadas (envueltas) con otros productos financieros (bonos del Estado, hipotecas con garantías, acciones de empresas solventes, etc.) más seguros. Me puso el siguiente ejemplo:

Esto es como lo que pasaba en la posguerra con el “estraperlo”. Un estraperlista compraba un cargamento de carne envasada en el puerto de Valencia y pagaba por él un millón de pesetas. De ahí lo llevaba a Madrid y lo vendía por tres millones de pesetas. Desde Madrid, el comprador lo llevaba a Zaragoza y lo vendía por cuatro millones de pesetas. Entonces el comprador de Zaragoza abrió una lata

para ver la calidad. La carne resultó estar podrida. Indignado le dijo al vendedor: ¡Me has engañado: esta carne está podrida! Y el vendedor le contestó muy tranquilo: ¡Pero si estas latas no son para abrir!

Así funcionan estos paquetes de créditos basura. Se han concedido sin garantía, a personas que muy posiblemente no podrán pagar. Se conceden a tipos altos o a largos plazos. El vendedor cobra comisión por el volumen de ventas que haga, no por la calidad de los productos que venda. Pero la clave para que la institución financiera pueda seguir adelante es que “venda” ese paquete de hipotecas. Para hacerlo más atractivo, lo combina con otra serie de productos financieros más seguros. Y prepara así un “producto tóxico” de alta rentabilidad que vende a otra entidad financiera. Y así se engorda la burbuja. Hasta que alguien abre la lata. Pero mientras tanto, los “vendedores de latas de carne podrida han obtenido comisiones, bonos y “stock options” por enormes sumas de dinero. Claro que para hacer este tipo de operaciones “hay que dejar la ética en la puerta”, como dijo un alto directivo de Lehman Brothers citado por Black.

POR DESGRACIA, EL ESQUEMA NO SE HA MODIFICADO

Un reportaje del New York Times de julio pasado, explicaba cómo en EEUU se ha generalizado un nuevo “crédito basura” (*subprime*) para comprar coches (Silver-Greenberg, 2014). Se ofrecen créditos a personas que han sufrido bancarrota, que tendrán enormes dificultades para pagar, pero que no tienen otra forma de obtener crédito. Los intereses son muy altos, llegando al 21%. Son préstamos depredadores. En 2013 se concedieron créditos por miles de millones de dólares. ¿Cómo es posible? Los prestamistas ganan su comisión en cada préstamo. Y la entidad

prestadora gana volumen y valor contable, e intentará vender el paquete de créditos, con un “beneficio esperado del 21%”, envuelto en otros productos más fiables (bonos). Las pérdidas aparecerán a medio plazo, y le estallarán a otro, quizá otra vez a nosotros, los contribuyentes.

En 1999 se aprobó en EEUU la “Ley de modernización de los servicios financieros”, se volvía a permitir a los bancos de ahorro ser también bancos de inversión-riesgo. Se deshacía la regulación de la Ley Glass-Steagall, aprobada en 1933 después de la crisis del 29, y se demonizaba la intervención del sector público en la economía, que fue la clave de la recuperación en el “new deal” de Roosevelt y en la posguerra europea. Esta desregulación financiera se extendió en Europa y en España.

***Le tocaron, como a todos los hombres,
malos tiempos en que vivir.
Jorge Luis Borges***

DESREGULACIÓN DEL SECTOR INMOBILIARIO

En España se añadió otro factor clave: la desregulación del sector inmobiliario, con la ley del suelo de 1998. Esta ley permitió a los promotores acelerar proyectos de inversión recalificando suelo en todos los ayuntamientos para iniciar la construcción de viviendas. Cuando la cifra de viviendas iniciadas anualmente alcanzaba una media de 100-200.000, se creció a una cifra anual de 500.000 viviendas. La propaganda neo-liberal decía que a mayor oferta disminuirían los precios. Pero no fue así. Como la teoría económica predice, en un sector de oferta rígida como

la construcción, un aumento brusco de demanda genera una burbuja. Los precios subieron entre 2000 y 2005 en tasas anuales superiores al 10%. Al coincidir la liberalización del suelo con, como veremos a continuación, la entrada masiva de capital con la llegada del euro, se creó la tormenta perfecta para la aparición de una burbuja en el sector de la construcción. Las cifras eran disparatadas y los trabajadores tenían muy difícil el acceso a la vivienda. La compra de viviendas se hacía en buena medida como una “inversión” por grandes capitales. También los bancos entraron en el negocio inmobiliario, no solo prestando a promotores, sino convirtiéndose en promotores, comprando suelo y construyendo viviendas. La especulación adquirió dimensiones colosales. Todo ese negocio dio grandes beneficios a los ejecutivos de las entidades implicadas.

Y además se negaba la existencia del problema.

En octubre de 2003 el entonces Ministro de Hacienda del Gobierno Aznar, Cristóbal Montoro, afirmaba que el concepto de burbuja inmobiliaria “es una especulación de la oposición” que, a su juicio, “habla insensatamente de la economía del ladrillo” (El Mundo 2003).

Otros ministros de economía o de vivienda tampoco supieron o pudieron frenar la burbuja.

Cuando, años después, el castillo de naipes inmobiliario cayó, cuando la burbuja explotó, muchas financieras quebraron y dejaron unas deudas que estamos teniendo que pagar todos los ciudadanos a través de la Deuda Pública. Además, los que pueden, siguen pagando sus infladas hipotecas, y los que no, son desahuciados.

DINERO FÁCIL

En Europa se añadió un tercer factor: la entrada en el euro, el 1 de enero de 1999. Se produjo una gran entrada de dinero a bajo interés. Los créditos se abarataron, se “regalaban”. Llamaba un banco a casa y te decían:

- *Le ha tocado un crédito de 6.000 euros*
 - *Pero si yo no he pedido nada*
 - *No se preocupe, se lo ingresamos en la cuenta hoy mismo*
 - *No me interesa*
 - *Lo puede pagar como a usted le convenga, a un interés ridículo, puede comprar lo que necesite*
- etc.*



Los bancos españoles pidieron dinero a los bancos alemanes, franceses e ingleses,... e iniciaron proyectos inmobiliarios y concedieron créditos a promotoras y particulares.

Cuando se advertía de la burbuja inmobiliaria se contestaba: ustedes quieren frenar el crecimiento y la creación de puestos de trabajo.

Y, en efecto, aunque la economía no crecía el PIB aumentaba y se creaban miles de puestos de trabajo en la construcción y las industrias auxiliares, del mueble, del transporte, etc. El país se dedicó a construir millones de casas que nadie querría (o podría) comprar nunca.

Hasta que en 2007 empezó a temblar la tierra...



LA RUPTURA DEL ANTIGUO EQUILIBRIO GEOPOLÍTICO

La caída del muro de Berlín en 1989 tuvo además otra repercusión muy importante. La Unión Soviética se desmembraba. La crisis económica había azotado a los países comunistas en los años 70 y 80 y, al final, tiraron la toalla. El “socialismo real” había fracasado al cercenar la libertad de las personas y no ser capaz de generar estímulos para la actividad empresarial y la creación de riqueza. Desde un punto de vista de los equilibrios político-económicos del siglo XX este dato era clave: la amenaza de la revolución comunista había sido derrotada; China había iniciado ya a finales de los años 70 la construcción de una economía capitalista. El dinero podía mandar nuevamente sin contrapesos.

Si a lo largo del siglo XX se había construido en Europa un equilibrio entre las fuerzas del capital y las fuerzas del trabajo, entre los más poderosos y la mayoría social, en los inicios del siglo XXI ese equilibrio se había roto.



El motor de esta sociedad desregulada es la codicia, y el lema es “sálvese quien pueda”.

Ese impulso depredador se contrapesaba con la fuerza de la solidaridad, con la exigencia de justicia, con el “contrato social” mediante el que todos, los ricos y los menos pudientes, aportaban según su capacidad, a través de impuestos, para poder financiar políticas públicas, servicios públicos (pensiones, sanidad, educación, servicios sociales), que permitieran a todas las personas disponer de igualdad de oportunidades para poder llevar una vida digna y autónoma.

Este equilibrio se ha quebrado, y por eso las políticas sociales, la sanidad pública, están en peligro.

LA REUNIFICACIÓN ALEMANA Y LOS MINIJOBS

La reunificación de Alemania fue un momento importante. Un símbolo de la unidad de Europa, de la victoria de la paz sobre las guerras. Pero dicha unión tuvo consecuencias económicas. Por una parte la enorme diferencia de rentas entre las dos Alemanias provocó desajustes salariales y en los sistemas de prestaciones sociales. El desempleo creció y se diseñaron políticas y acuerdos sindicales para lograr impulsar el empleo y recuperar la productividad. La decisión fue contener y bajar los salarios. El efecto fue un aumento de la productividad relativa. La economía alemana, con una potente industria, aumentó su capacidad exportadora. La mayoría de esos productos eran consumidos por otros países europeos, entre ellos España. Con los beneficios de esa actividad exportadora se acumuló capital que podía ser prestado a los países compradores a bajo interés. Y así se cebó la bomba (Irwin, 2014).

IMPUESTOS Y PARAÍDOS FISCALES: LA “REVOLUCIÓN” DE LOS RICOS

Los más poderosos han dejado de pagar impuestos. Los más ricos logran que las leyes tributarias les favorezcan. A veces parece que aporten proporcionalmente más (los “tipos” impositivos) pero luego hay tantas excepciones (desgravaciones, exenciones, etc.) que hacen que, al final, los más ricos paguen menos proporción que los trabajadores (Oxfam Intermón, 2014).

El fraude fiscal en España supera los 60.000 millones de euros.

La ingeniería fiscal (“planificación fiscal agresiva”) y los paraísos fiscales permiten a los más ricos no pagar lo que les corresponde. La progresividad fiscal significa que pague más proporción el que más tiene. Lo dice el artículo 31 de la Constitución. No se cumple. Ese dinero es de todos, pero se lo quedan unos pocos.

LA CRISIS NO LA CAUSÓ EL AUMENTO DEL GASTO PÚBLICO NI DE LA DEUDA PÚBLICA

Cuando se repite muchas veces una mentira acaba pareciendo que es la verdad.

La desregulación de los mercados financieros impulsó el crecimiento de la deuda privada, es decir, la deuda de las empresas no financieras, de las familias y de las empresas financieras (los bancos). La deuda privada se disparó, de 90% del PIB en 1997 a 318% del PIB en 2008. Estos préstamos los habían contraído las familias, las empresas no financieras y las entidades financieras fundamentalmente por el boom inmobiliario. Mientras tanto, el sector público mantenía una deuda sobre PIB estable,

50% en 1997 y 50% en 2009, muy por debajo de la media de la UE.

[Sanabria y Medialoa han publicado un detallado análisis de la crisis de la deuda en España (Sanabria, 2014) donde señalan interesantes alternativas a la gestión que se ha hecho de esta crisis].

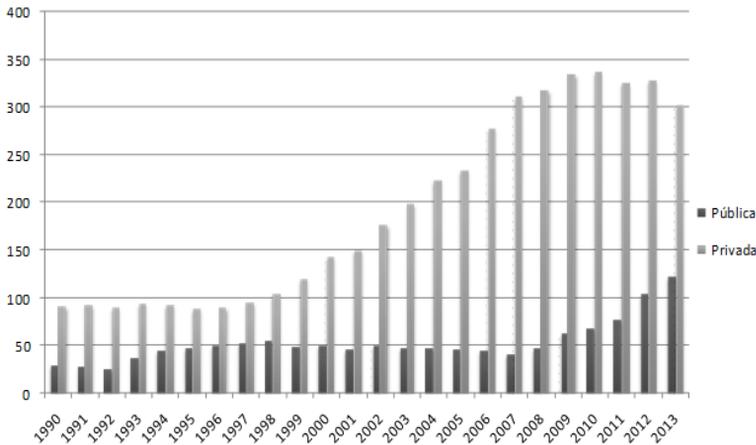


Figura 4. Deuda pública y deuda privada en España Fuente: Banco de España, McKinsey Global Institute. Elaboración propia

En España no había, hasta 2010 exceso de gasto público en relación con el PIB, en comparación con otros países europeos. El gasto público no fue la causa de la crisis. Fue justo lo contrario.

Como respuesta al crack de los bancos, la mayoría de los gobiernos europeos y también EEUU destinaron presupuesto y ayudas públicas a rescatar a las instituciones financieras. La deuda privada de esas entidades, a partir de 2009, se empezó a trasladar a deuda pública según la máxima neo-liberal: Los beneficios se privatizan. Las pérdidas se socializan.

Es cierto que desde 2007 se volvieron a oír voces sobre la necesidad de regular nuevamente el sistema financiero, pero poco se ha hecho.

Algunas medidas se han adoptado en los EEUU y en la UE, pero distan mucho de lo que se había planteado al principio o de la regulación existente hasta mediados de los 80. Las entidades encargadas de valorar a las empresas y los gobiernos (agencias de calificación), siguen siendo las mismas empresas (privadas) que no vieron el problema días antes de que estallara. Las entidades financieras de depósitos siguen pudiendo hacer inversión de riesgo. La tasa a las transacciones financieras sigue sin ser una realidad con carácter global, etc.

En marzo de 2014 la UE ha aprobado el sistema de intercambio automático de datos fiscales, superando la oposición de Luxemburgo y Austria (que mantuvieron 6 años bloqueada la decisión).

Ahora se deberá trasponer la directiva antes del 1 de enero de 2016 y se empezará a aplicar el 1 de enero de 2017, diez años después de que empezara la crisis. Nunca es tarde si la dicha es buena, pero es un tiempo excesivo, que muestra la difícil arquitectura de la toma de decisiones en la UE.

La misma dificultad se observa en el ámbito mundial, como señalaba la Directora del Fondo Monetario Internacional (Lagarde, 2014). “El avance es muy lento y la meta está todavía muy lejos. En parte eso se debe puramente a la complejidad de la tarea. Sin embargo, tenemos que reconocer que también se debe a feroces intentos de retroceder por parte de la industria (financiera)”.

Su análisis de la situación incluía la siguiente reflexión: “recientemente el capitalismo se ha caracterizado más por sus excesos –en la asunción de riesgos, opacidad, complejidad y sistema de remuneración (de sus ejecutivos).

Esto ha llevado a una destrucción masiva de valor. Ha provocado un alto nivel de desempleo, tensiones sociales crecientes y desafección hacia la política”.

Como se vió durante la crisis, frente a los “ataques de los mercados” el Gobierno de Europa no tenía armas para defenderse. El coste de la crisis ha sido mucho mayor del que hubiera sido con una respuesta contundente por parte de las instituciones europeas, si hubieran tenido mandato para ello.

Pero no lo tenían.

¿Por qué no se puso más énfasis en los mecanismos de control de la economía?

Porque el objetivo era facilitar el movimiento del dinero, abrir puertas a la circulación de capitales. En aquellos años los bancos alemanes, franceses e ingleses podían ofrecer enormes créditos, a bajos tipos de interés, a los bancos españoles para impulsar un crecimiento exagerado, con un endeudamiento gigantesco.

Aunque también suponía un riesgo para sus entidades, los ejecutivos financieros ganaban en cada operación.

Quizá por eso ningún experto económico tomaba en serio las burbujas financiera e inmobiliaria o no tenía capacidad para frenarlas.

LA RECESIÓN ECONÓMICA EN ESPAÑA Y EN EUROPA

En 2008 el PIB, después de una etapa de desarrollo muy fuerte, frenó su crecimiento y en 2009 se produce el batacazo: disminución del PIB, de 3,8%.

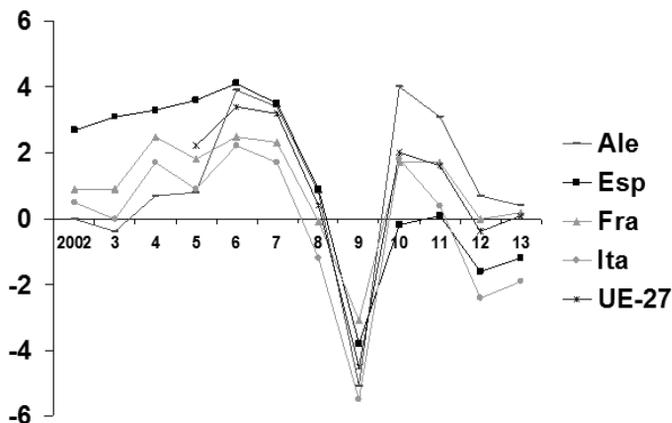


Figura 5. % variación interanual del PIB. Fuente: Eurostat. Elaboración propia

La caída del PIB ese año no fue tan grande como la de Alemania 5,1, o Italia 5,5, o la media de la UE 4,5. Pero se mantuvo durante más tiempo. Después de una recuperación ligera en 2011 volvió a caer el PIB en 2012 y 2013.

En 2014 y 2015 ya se prevé crecimiento del PIB. Este alargamiento de la crisis se debe, en parte, a las políticas económicas adoptadas en España y en la UE (recortes de servicios y empleo público, recortes de inversiones productivas y enormes ayudas al sector financiero, como los llamados rescates bancarios, con más de 1 billón de euros de ayudas públicas en la UE).

EL DRAMA DEL DESEMPLEO

El efecto más duro de la crisis en España es la destrucción de empleo: 3 millones de empleos destruidos desde 2008, ligados sobre todo a la construcción y a los sectores relacionados. Se alcanza el 26% de desempleo en general, y más del 50% en los jóvenes, muy por encima de los países de nuestro entorno.

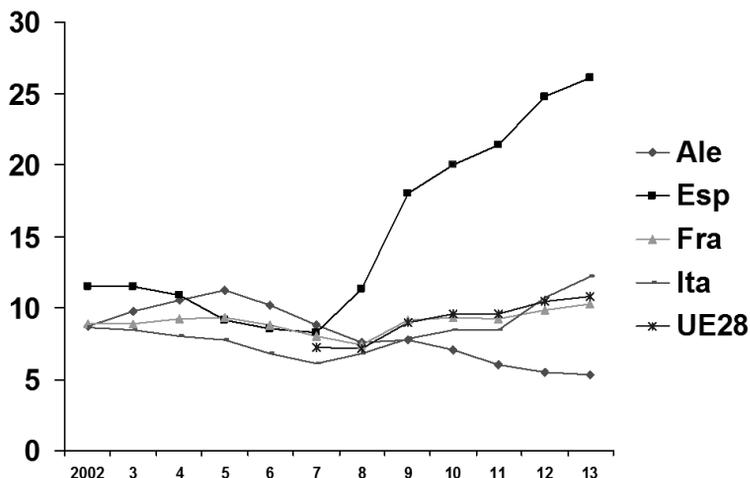


Figura 6. % Personas en paro. Fuente: Eurostat. Elaboración propia

Conviene recordar que entre 1999 y 2008 se crearon 6 millones de puestos de trabajo (de 14 M a 20 M). Una tasa mucho más alta que en el resto de la UE. Como no había trabajadores en España comenzaron a llegar inmigrantes: entre 2001 y 2011 el número de extranjeros en España aumentó de 748.000 a 5.250.000. 4,5 millones de inmigrantes, que se ocuparon en la construcción, el cuidado de personas mayores, la hostelería, la limpieza, la recogida de basuras, etc. Ese crecimiento del empleo, estuvo ligado,

sobretudo, a la construcción de viviendas (recordemos que se iniciaban más de 500.000 viviendas anuales), y se tradujo en paro años después al estallar la crisis financiera.

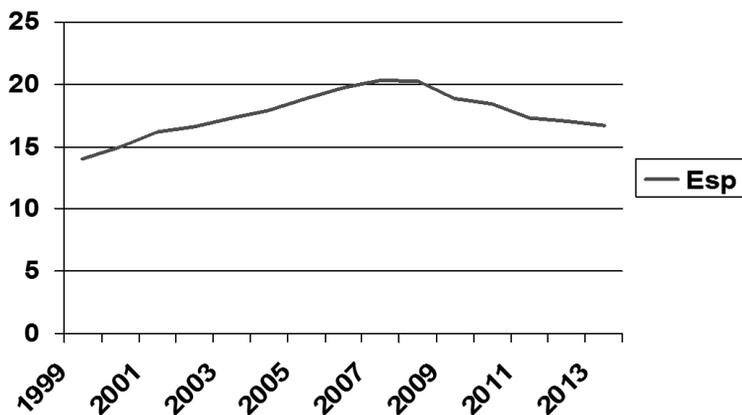


Figura 7. Personas empleadas (millones). Fuente: EPA, INE, Eurostat. Elaboración propia

La crisis en España tuvo mayor impacto que en otros países de la UE en empleo porque hizo explotar la burbuja inmobiliaria, poniendo al descubierto las carencias de un modelo en el que la economía y la creación de empleo se habían concentrado cada vez más en los segmentos de escaso valor añadido y baja o ninguna cualificación. En cada transacción financiera los ejecutivos de las entidades ganaban. Sin embargo, cuando estalló la crisis las entidades financieras (transformadas en empresas inmobiliarias) sufrieron grandes pérdidas y el Estado decidió asumir buena parte de esas pérdidas. Mientras, las familias y las empresas no financieras también sufrieron similares pérdidas (devaluación del precio de viviendas, pago de hipotecas, desahucios, impagos de clientes, etc.), pero en lugar de ayudas del Estado, soportaron tres reveses

añadidos: vieron recortados sus salarios, vieron recortados sus servicios públicos, y vieron aumentada su deuda (deuda pública que pagamos con nuestros impuestos cada año) para salvar a unas instituciones financieras que una vez saneadas continúan siendo privadas.

Hoy toda una generación de jóvenes españoles está en un limbo. No puede ver expectativas razonables en los próximos dos o tres años de encontrar un empleo. Muchos intentan marchar a otros países, no por ánimo aventurero, sino por necesidad, como cualquier emigrante. También han comenzado a regresar a sus países o buscar otros lugares de trabajo miles de inmigrantes: entre 2011 y 2013 se han ido más de medio millón (INE, 2014).

EL OGRO DEL DÉFICIT PÚBLICO COMO EXCUSA UNIVERSAL PARA LOS RECORTES DE DERECHOS: “ESTO ES LO QUE HAY”

Entonces apareció el déficit público, y se colocaron ahí los focos. Déficit público se asocia a que hay demasiado gasto público y se debe recortar. Pero déficit es la diferencia entre ingresos y gastos. Habrá que ver cuánto se ingresa y quién lo ingresa y cuánto se gasta y en qué se gasta.

Pero antes hemos de volver a insistir: el déficit no fue la causa de la crisis, como se ha repetido una y otra vez. Antes de la crisis había equilibrio fiscal, entre 2002 y 2005, y superávit en 2005, 2006 y 2007, muy diferente de lo que ocurría en el resto de Europa.

El gasto público en España está por debajo de la media de la Unión Europea en relación con nuestro nivel de renta. Muy especialmente el gasto social como se señala en el primer informe sobre la desigualdad en España de la Fundación Alternativas (2013).

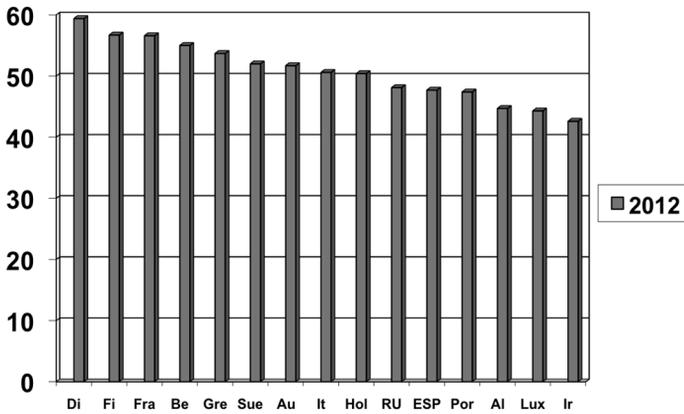


Figura 8. % Gastos públicos/PIB Fuente: Eurostat. Elaboración propia

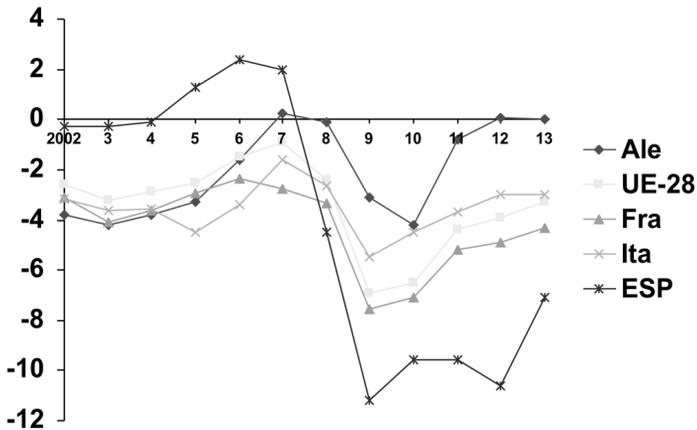


Figura 9. Déficit Público (%/PIB) Fuente: Eurostat. Elaboración propia

El déficit se debe sobre todo, como ya hemos dicho, a que el sistema fiscal español es regresivo.

EL “BOQUETE FISCAL”

Algunas medidas fiscales adoptadas antes de la crisis, coincidiendo con la bonanza económica (impulsada por la burbuja inmobiliaria y la desregulación financiera), como las deducciones, bonificaciones, y exenciones fiscales, y la falta de exigencia de pagar impuestos a las grandes fortunas (patrimonio, transacciones patrimoniales, sucesiones, etc.), junto con el aumento de la utilización de la ingeniería financiera (aprovechando los huecos que la ley deja para tributar menos de lo que correspondería a la riqueza real de la persona o de la empresa), más el fraude fiscal, generaron un boquete fiscal.

Un momento singularmente importante en esta involución de nuestro sistema fiscal fue cuando los rendimientos del capital dejaron de tributar al declararse las rentas anuales.

Se permitió optar entre un sistema de retenciones o declarar dichos rendimientos sumados a los del trabajo como se había hecho hasta ese momento.

A partir de entonces, las rentas tributaban de forma distinta según su origen, rompiéndose el principio de neutralidad impositiva.

A este cambio pronto se unieron la “ley Beckham” que ponía un techo a la tributación de las ganancias en España de los residentes fiscales en el extranjero o el régimen fiscal de las SICAV o entidades de inversión colectiva en las que lo colectivo aparece simplemente en el nombre de la figura jurídica.

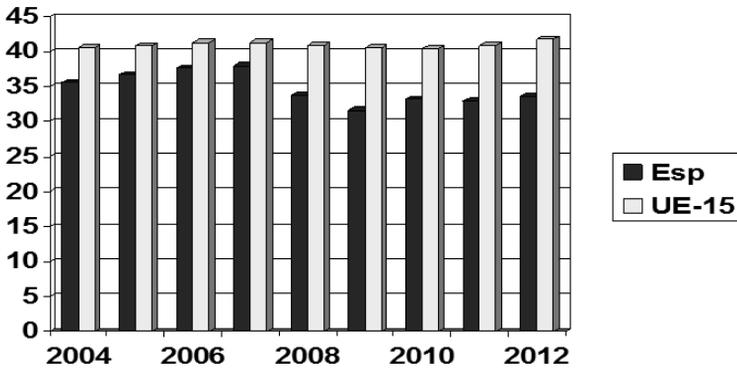


Figura 10. El “boquete” fiscal español: 8,2 puntos menos en relación con el PIB, respecto a la UE-15 de ingresos fiscales (impuestos y cotizaciones SS). Fuente: Eurostat, Main National Accounts Tax Aggregates. Elaboración propia

La diferencia entre lo que ingresamos en España a través de impuestos y cotizaciones sociales y lo que ingresan la media de los países europeos es de 8,2 puntos de PIB en 2012. Eso son más de 80.000 millones de euros. Es más que todo el gasto sanitario público anual. Una barbaridad.

La diferencia sería todavía mayor si nos comparamos con Francia o con Dinamarca.

Es importante llamar la atención sobre la caída mayor de ingresos públicos en España en relación con los otros países de la Europa-15.

¿Por qué se produce esa mayor caída en España?

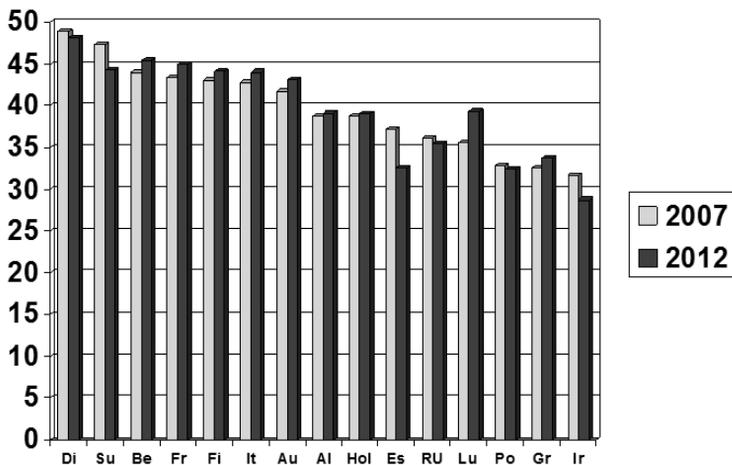


Figura 11. % Impuestos Y Cotizaciones/PIB Fuente: Eurostat 2014. Elaboración propia

Los principales tributos en España son: IRPF, IVA, Sociedades y Especiales, aparte de las cotizaciones sociales.

El IRPF, impuestos ligados en buena parte a las nóminas de los trabajadores, se redujo, desde 72.616 millones € en 2007 a 63.857 en 2009 y luego se recuperó a 72.616 en 2012. El IVA también se redujo, desde algo más de 55.851 millones € a 33.567 y se recuperó a 50.464. Los impuestos especiales se mantuvieron estables en torno a 20.000 millones (19.786 en 2007, 19.349 en 2009 y 18.209 en 2012). Pero los impuestos de sociedades se hundieron de 44.823 millones a 20.188 millones, y no se han recuperado: en 2012 se recaudaron 21.435 millones €. Aquí hay una incongruencia, ya que la actividad económica no cayó tanto: el PIB se redujo un 5,4% a precios de mercado, pero el impuesto de sociedades se ha reducido en casi 50%, no es lógico. Era más lógico esperar un comportamiento similar a los otros impuestos.

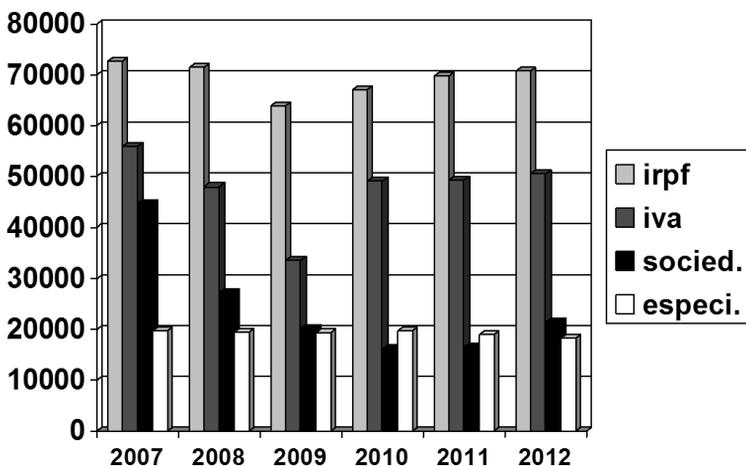


Figura 12. Evolución de los ingresos fiscales en España 2007-2012. Millones de Euros. Fuente: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Elaboración propia

LA ECONOMÍA SUMERGIDA Y EL FRAUDE FISCAL

Cuando se estudia la progresividad o regresividad de un sistema fiscal se utilizan las encuestas de ingresos familiares y condiciones de vida. Se hacen cálculos sobre ingresos declarados. Pero no se tienen en cuenta ingresos no declarados.

Para ver qué parte de la actividad económica real no está siendo considerada en la estadística oficial, se deben hacer estimaciones sobre la economía sumergida.

Uno de los estudiosos de esta materia es el profesor F. Schneider, quien en su último trabajo estima que la economía sumergida en España asciende a 19% del PIB.

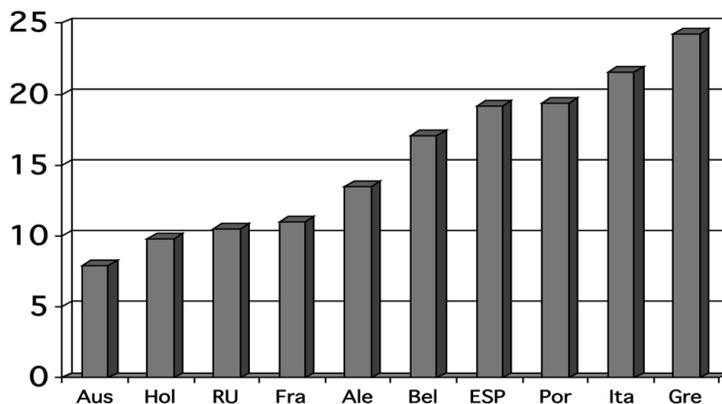


Figura 13. Tamaño de la economía sumergida (en % del PIB, año 2012). Fuente: Schneider F, Johannes Kepler University, 2012. Elaboración propia

Otro estudio dirigido por el profesor Jordi Sardá obtiene una estimación más alta para España (24,6% del PIB al cierre de 2012) y muestran que este problema se incrementó durante la crisis (15.000 millones de euros anuales más entre 2008 y 2012). (Sardá, 2014)

La Unión Europea trata de atacar este problema a través de diversas acciones. El fraude y la evasión fiscal en la UE ascienden a más de 1 billón de euros. (European Commission, 2014)

En España el fraude fiscal ascendería a más de 60.000 millones de euros, equivalente al gasto sanitario público español.

La mayor parte de esta enorme cantidad de dinero no la defraudan pequeños empresarios o particulares. La mayor parte, el 71%, la defraudan algunas grandes empresas ¿Es imposible hacer emerger (y tributar) a la economía sumergida?

Si la economía sumergida se redujera en un 50%, con cifras similares a las de Francia, los ingresos fiscales correspondientes ascenderían a 30.000 millones de euros. No es imposible. Los Técnicos de Hacienda han planteado propuestas para combatir este problema de forma eficaz en reiteradas ocasiones. (Gestha, 2011)

Finalmente la recuperación de las bases fiscales correspondientes al capital simplemente no se encuentra en la agenda de la política económica nacional.

Más bien al contrario. Las medidas fiscales adoptadas por el gobierno Rajoy, según analiza GESTHA (sindicatos de Técnicos del Ministerio de Hacienda), favorecen las rentas más altas y vuelven a cargar el esfuerzo en las clases medias, ahondando la desigualdad social. Los casi nueve millones de contribuyentes cuyos ingresos anuales oscilan entre 12.450 y 33.000 euros pagarán la rebaja fiscal a las 73.000 personas cuyos ingresos superan los 150.000 euros.

El problema del déficit público en España no era el exceso de gasto social. Es la falta de ingresos proporcionales a nuestra renta. Pero no se trata de que paguen más impuestos los que ya los estamos pagando. Se trata de que paguen los que no están pagando. Esta política fiscal regresiva, donde no pagan más los que más tienen, produce el boquete fiscal que hemos comentado antes. Este boquete se debe sobre todo a los impuestos que deberían pagar las rentas del capital. Si la Constitución dice en su artículo 31 que los españoles deben contribuir de manera progresiva a los impuestos (es decir, que pague más el que más tiene), esto no se está cumpliendo. Y por eso es más difícil, si no imposible, cumplir con el artículo 43, la garantía de la protección de la salud.

Artículo 31 de la Constitución Española

1. Todos contribuirán al sostenimiento de los gastos públicos de acuerdo con su capacidad económica mediante un sistema tributario justo inspirado en los principios de igualdad y progresividad que, en ningún caso, tendrá alcance confiscatorio.
2. El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos, y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía.

UN SISTEMA FISCAL PROGRESIVO

Los impuestos son necesarios para garantizar el funcionamiento de la democracia y los derechos sociales. Bajar los impuestos no es de izquierdas. Lo justo es construir un sistema fiscal progresivo en el que paguen más los que más tienen y que genere suficientes ingresos para llevar a cabo las funciones que, entre todos, decidimos que deben ser compartidas.

Hasta 1900 los impuestos recaudaban un 10% del PIB. Era suficiente para financiar el ejército, la policía, los jueces, los servicios de frontera y de representación exterior. Y un poco de beneficencia para los más pobres, los asilos, los manicomios.

A lo largo del siglo XX, los movimientos sociales, las leyes sociales y las consecuencias de las terribles guerras que asolaron Europa, fueron generando nuevos “derechos”: sanidad, educación, pensiones. Para financiar esos derechos, como una forma de “salario social”, se establecieron nuevos impuestos y cotizaciones. Las cotizaciones tenían un carácter proporcional. Los impuestos debían ser progresivos (pagando más quien más tenía). Como muestra Piketty en su detallado estudio “Capitalismo

en el Siglo XXI”, en Europa los tipos impositivos de las rentas más altas llegaron al 60-80% entre los años 1940 y 1980. Los ingresos fiscales en los países de la Unión Europea, en promedio, se situaron en el 50% del PIB y ahí se estabilizaron. El modelo funcionó. La calidad de vida de las personas en Europa alcanzó niveles insospechados un siglo antes. ¡La esperanza de vida al nacer aumentó de 40 a 80 años!, en menos de un siglo. Unos años en los que Europa pudo construir paz, justicia y libertad democrática. Un modelo de estas características, revisado y actualizado permanentemente, es la base para un desarrollo económico equilibrado y para la estabilidad social.

Sin embargo, a partir de los años 80, el discurso neoliberal empieza a cuestionar la situación. Al mismo tiempo la globalización quita fuerza a los países y se generalizan los paraísos fiscales y el fraude fiscal. En vez de luchar frontalmente contra estos fraudes, en el ámbito nacional e internacional, los gobiernos se lanzaron a una competición a la baja para reducir impuestos (sociedades, patrimonio, transmisiones, etc.) pensando que era la única forma de atraer inversiones, etc. En los países de la OECD los tipos impositivos para las rentas más altas bajaron de una media de 66% en 1981 a 43% en 2013 (OECD, 2014). Las amnistías fiscales se repitieron con normalidad, como cosa inevitable. Mientras, el trabajador pagaba sus impuestos directos en la nómina y los indirectos al comprar en la tienda. Como consecuencia de estos procesos la desigualdad ha aumentado. La crisis ha agravado la situación, al reducir salarios y programas sociales para las familias de rentas medias o bajas, mientras las rentas más altas seguían aumentando sus ingresos.

Si no se corrige la situación actual, con más de 60.000 millones de fraude fiscal, y con unas leyes fiscales que son regresivas (ya que a través de sistemas de bonificaciones, exenciones y diversos trucos de planificación fiscal agresiva, los más ricos pagan menos proporción que

las clases medias), muchas personas se sentirán defraudadas. En algunos casos se traducirá en una respuesta del tipo sálvese quien pueda; en otros casos la decepción llevará a opciones regresivas, contrarias a las políticas sociales; en algunos casos provocará tensión y protesta. La desigualdad creciente e injusta que se está produciendo es inaceptable. Es urgente revertir esta situación, tanto en los ámbitos nacionales, como en Europa y en el ámbito global, creando y haciendo cumplir un sistema fiscal sólido, progresivo y justo.

PERO ¿QUÉ ESTÁ PASANDO AHORA CON LOS GASTOS PÚBLICOS, A PESAR DEL DÉFICIT?

¿Se han recortado todos los gastos? ¿Dónde ha crecido el gasto público durante la crisis? ¿Dónde ha ido el dinero de los contribuyentes?



Al disminuir los ingresos públicos de forma dramática entre 2007 y 2009 los gobiernos intentaron reducir los gastos de forma urgente, en lugar de incrementar los ingresos corrigiendo las anteriores (y actuales) políticas fiscales. Esa obsesión por recortar los gastos, sin embargo, no se hizo de forma homogénea. Se redujo el gasto social, el gasto en inversión productiva (infraestructuras), el gasto en investigación y educación, pero se aumentó de forma espectacular el gasto público para salvar a las entidades financieras: más de 200.000 millones de euros en ayudas hasta 2013. Esta ayuda es en forma de avales y de liquidez. En media se han destinado 20.000 millones anuales de gasto en el presupuesto desde 2009.

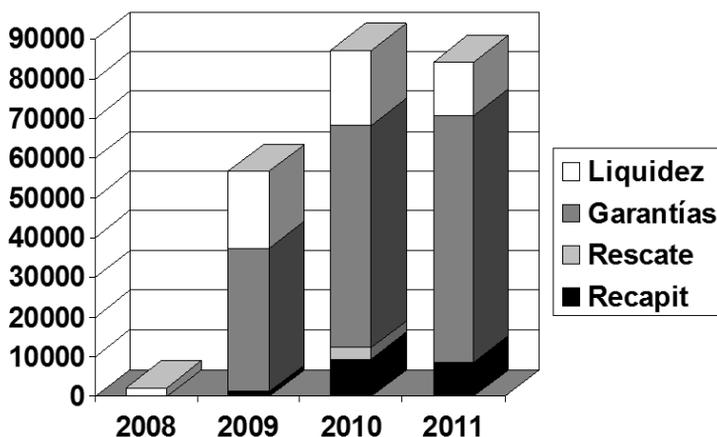


Figura 14. Ayudas públicas a las instituciones financieras.
Fuente: Comisión Nacional de la Competencia. Elaboración propia

También hubo que destinar 30.000 millones anuales al pago de prestaciones de desempleo, el doble que la cantidad previa a la crisis.

Otra cantidad muy importante es el pago de intereses y amortizaciones.

Al aumentar el déficit anual (por la caída de los ingresos que hemos señalado y el aumento de gastos porque se decidió rescatar a los bancos con dinero público), fue aumentando la deuda pública y de la misma manera aumentaron los pagos de intereses y amortizaciones. De 50.000 millones anuales a 100.000 millones. Un crecimiento brutal. Que pagamos entre todos (los que pagamos impuestos) y que, además, se utiliza como argumento para recortar el gasto sanitario y social.

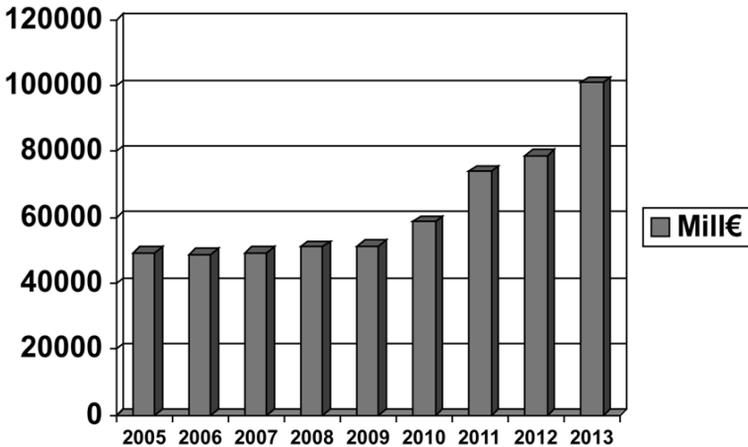


Figura 15. Pagos anuales de intereses y amortizaciones de Deuda Pública. Fuente: MHAP. Elaboración propia

Estos gastos tienen prioridad en la Constitución española desde la reforma de 2011. Además a partir de 2020 se limita el déficit público, con lo que se impide en la práctica mantener el nivel de las políticas sociales en tiempo de crisis.

Artículo 135 de la Constitución Española (*modificado
BOE 27 de septiembre de 2011*)

... Los créditos para satisfacer los intereses y el capital de la deuda pública de las Administraciones se entenderán siempre incluidos en el estado de gastos de sus presupuestos y su pago gozará de prioridad absoluta...

¿Y SI SE HUBIERA AYUDADO MÁS A LA ECONOMÍA PRODUCTIVA?

¿Podemos imaginar el efecto que hubiera tenido en las industrias productivas, en las pequeñas y medianas empresas innovadoras, en las empresas jóvenes, en las empresas de la economía real, la inyección de más de 200.000 millones de euros de ayudas concedidas por el Estado a las instituciones financieras?

¿Cómo habría reaccionado el crecimiento económico y la creación de empleo si la misma ayuda se hubiera dado a la economía real? ¿O, al menos, la mitad?

¿Cómo hubieran usado las empresas españolas los préstamos al 1% del BCE?

Sin embargo, las ayudas del Estado a las empresas no financieras en el mismo periodo fueron solamente 15.000 millones de euros, un 6% del total. El resto, el 94% de las ayudas del Estado en ese periodo fueron a las instituciones financieras, como medidas extraordinarias anticrisis.

RUPTURA DEL CONTRATO SOCIAL Y AUMENTO DE LA DESIGUALDAD

Lo diremos de otra forma:

NOS ESTÁN ROBANDO LA CARTERA

Una pareja vivía y trabajaba en Soria. Él como empleado en un taller. Ella como camarera en un restaurante. Decidieron comprar un piso. Pidieron una hipoteca. Era el comienzo del año 2006, cuando nadie hablaba de crisis. En el banco todo fueron facilidades. Tenían ahorrados 50.000 euros con la ayuda de sus padres. La hipoteca la hicieron por 150.000, con lo que pagaban el precio de venta de 200.000 €, . El precio por metro cuadrado había subido mucho y, aunque los tipos de interés de la hipoteca eran bajos, al final la cuota mensual era alta, 800€. Pero pensaban que la vivienda era un valor seguro, una forma de ahorrar a largo plazo.

Pocos años después sabrían que se habían equivocado.

Se mudaron y vivían a gusto. Con un sueldo pagaban la hipoteca, y con el otro cubrían los gastos mensuales. Podían irse una semana de vacaciones a Cullera en verano. Eran felices. Pero en 2009 a ella la despidieron y en el taller hablaron de congelar y luego rebajar salarios, porque había menos trabajo. Había que seguir pagando la hipoteca. De momento se defendían con el subsidio del paro y ajustando gastos. Pero en 2011 ya no podían aguantar. Tenían que vender el piso y volver a casa de sus padres. El piso había bajado de precio en picado. Lo vendieron por lo que les quedaba de pagar de la hipoteca. Perdieron todo lo que habían pagado hasta ese momento: 70.000 euros. El coste de alquiler que pagaban antes al año era de 6.000, por lo que la pérdida real que sufrieron fue de 40.000 €.

El Banco no perdía nada. La hipoteca es un contrato de confianza entre dos partes.

Si todo va bien el banco gana y el cliente gana. Pero si el piso pierde un 30% de su valor toda la pérdida es para el comprador de la hipoteca. Esta ley es injusta.

Pero no paró ahí el abuso.

Los bancos tenían problemas porque se habían convertido en inmobiliarias y al estallar la burbuja también tenían que devolver préstamos a bancos Alemanes, Franceses, Ingleses y de otros países. Como no podían hacerlo el Gobierno de España decidió ayudarles con nuestro dinero. Mucho dinero

ESPAÑA ES EL PAÍS QUE MÁS HA CRECIDO EN DESIGUALDAD

Lo que ha pasado y está pasando en España en esta crisis financiera es una transferencia de rentas de los menos pudientes, de los más pobres, de las clases medias, a los más ricos, a los grandes patrimonios, a los ejecutivos de las grandes corporaciones.

El ratio 80/20, que mide la proporción de ingresos del 20% más rico sobre el 20% más pobre era de 5,5 y ha pasado a 7,2.

Más de 30% de aumento de la brecha social. En Europa se ha mantenido en 5.

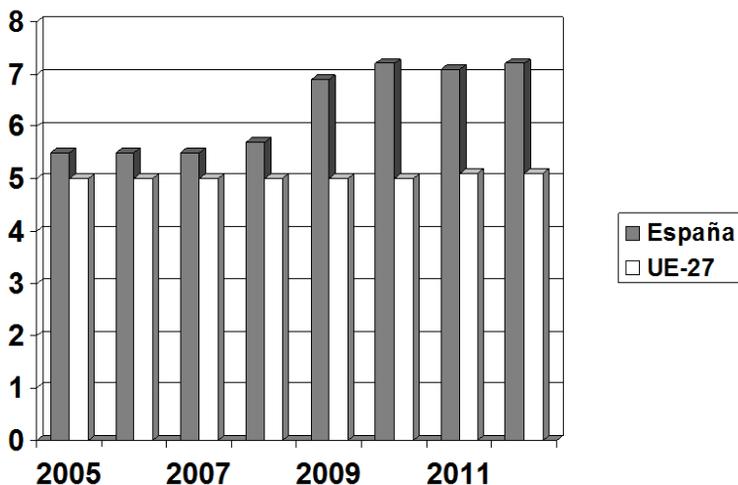


Figura 16. Desigualdad en la distribución de ingresos razón 80/20. Fuente: Eurostat 2014. Elaboración propia

En España la brecha de la desigualdad ha aumentado más que en ningún otro país de la UE-15 durante estos años.

El coeficiente de GINI, en el que 0 supone la mínima desigualdad y 1 la máxima desigualdad, España se sitúa en 0,35, muy por encima de la media de los países de la UE-15.

Pero, además, mientras en la UE-15 dicho coeficiente se mantiene en 2012 en los mismos niveles que en 2008, en España la desigualdad ha aumentado un 9,7 %.

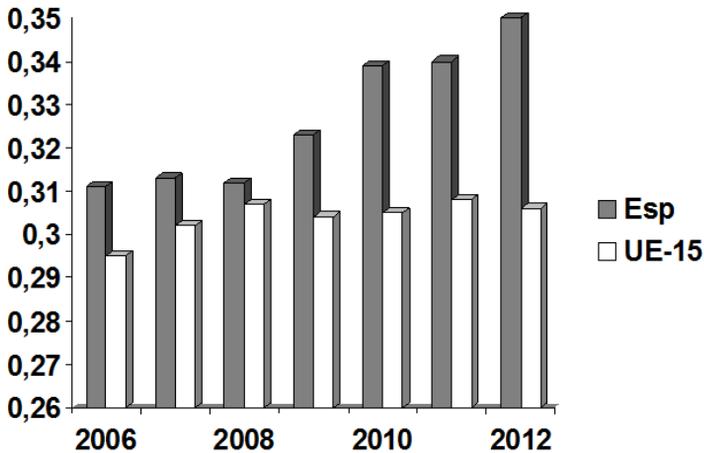


Figura 17. Índice de Gini (desigualdad) Fuente: Informe FOESSA 2013; Eurostat 2013. Elaboración propia

En los datos de Eurostat solamente Letonia supera a España en desigualdad. Este retroceso es una vergüenza. Es la consecuencia de la codicia de unos pocos que se han enriquecido de forma desmesurada, y de la incompetencia de los gobiernos para frenar y moderar esa codicia, para lograr un equilibrio razonable entre egoísmo y solidaridad. Un equilibrio que se había logrado en la segunda mitad del siglo XX, que ahora se ha roto, y que tenemos que volver a construir.

Este reequilibrio requiere moderar la desigualdad primaria, la que se obtiene de los ingresos, con diferencias salariales muy grandes (desregulación laboral, minijobs, trabajos en la economía sumergida, enormes salarios de los ejecutivos financieros y de otras empresas, rentas de patrimonio, etc.). Pero también requiere corregir dicha desigualdad primaria a través de política fiscal (impuestos y cotizaciones) y políticas públicas de gasto.

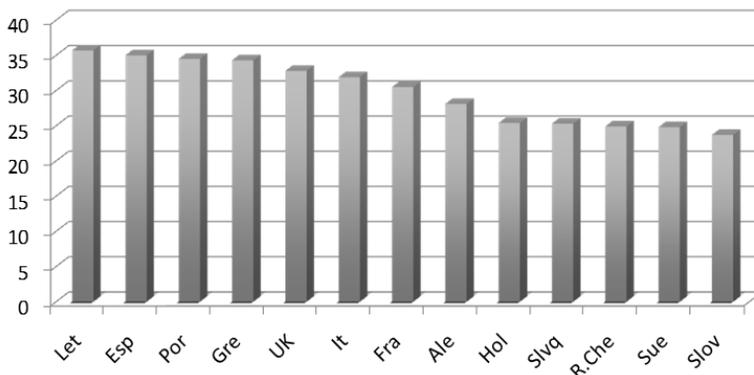


Figura 18. Coeficiente GINI (después de impuestos y transferencias) Varios países UE. Fuente: Eurostat. Elaboración propia

Los estudios que analizan el efecto redistributivo de los impuestos y las transferencias sociales (como el de Wang Ch et al, 2012; EUROMOD, 2013), muestran cómo la desigualdad primaria (GINI antes de impuestos y transferencias) es mayor en España que en la media de los países UE. Pero también muestra cómo el efecto redistribuidor en España es menor que en la UE. Una diferencia importante es que, en dicho efecto redistribuidor, la UE hace un esfuerzo a través de los impuestos de 31% del total, mientras que en España es solo del 5% del total. En el caso de España los impuestos son prácticamente proporcionales (y se convierten en regresivos si contamos los impuestos indirectos y el fraude fiscal), y la capacidad de reducción de la desigualdad se deja a las políticas de gasto.

Es decir, la sanidad pública, la educación, las pensiones y otras transferencias sociales logran reducir la desigualdad en un 30%. Y esto está bien. Pero esa reducción se hace a costa de unos impuestos y cotizaciones proporcionales (cada uno paga en proporción a su renta) o

regresivos (teniendo en cuenta la elusión y el fraude fiscal pagan menos los ricos que los menos ricos).

Esta apropiación de la renta de la sociedad por los más ricos es contraria a la Constitución Española. Quiebra el pacto social.

Como consecuencia de todo ello, ha aumentado el riesgo de exclusión y pobreza de forma alarmante (últimos informes presentados por Save the Children, OECD, FOESSA).

UN NUEVO MODELO PRODUCTIVO

El grave problema de la crisis financiera no debe hacernos minusvalorar otros problemas del modelo económico español.

Es verdad que en España hay problemas en el diseño de su sistema productivo, con muy poco desarrollo industrial, con muy baja proporción de empresas productivas de gran dimensión, con muy poca investigación e innovación basada en la estructura productiva (en parte por el pequeño tamaño de las empresas), baja capacidad exportadora, y un modelo educativo no enfocado a las necesidades de la economía.

Este modelo productivo debe cambiarse. Se ha planteado muchas veces y no se ha hecho. Al mismo tiempo sí se han desarrollado algunas áreas importantes, con grandes empresas en los sectores del turismo, financiero, de telecomunicaciones, de la energía, el transporte, la construcción, el sector agro-alimentario, la sanidad y el sector de cuidados, entre otros, lo que demuestra la potencialidad en recursos humanos, organización e innovación de nuestro país.

La economía española tenía y tiene estos problemas. Pero la crisis económica que analizamos, consecuencia de la desregulación financiera, impactó primero en EEUU, que no tenía esos problemas, o en Reino Unido, o en Italia. Realidades económicas muy distintas.



Santa Rita Rita lo que se dio a los bancos ya no se quita

III. LOS RECORTES SANITARIOS Y SOCIALES ESTÁN AFECTANDO A LA ATENCIÓN SANITARIA (Y A LA SALUD) DE LAS PERSONAS MÁS DÉBILES

EL IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO

Como hemos visto la crisis económica surgió por varias causas entre las que hemos destacado la desregulación del sistema financiero y la quiebra de decenas de bancos en EEUU y en Europa. Era un modelo basado en la ideología neo-liberal.

Pero lo grave es que la respuesta a la crisis se ha basado en el mismo modelo. Se ha aprovechado la crisis para recortar más todavía el Estado y los derechos sociales que amparan las instituciones públicas. Y no se han corregido las causas del problema, principalmente la desregulación financiera.

En ese contexto, las contrarreformas sanitarias han buscado la reducción de derechos, en lugar de poner el acento en las mejoras de la eficiencia y en la obtención de mayores ingresos con la lucha contra el fraude fiscal escandaloso y la recuperación de las bases fiscales.

La crisis ha sido una palanca para amparar la ideología neoliberal, según la cual la sanidad no es un derecho. Es un problema de cada uno, que cada uno se debe resolver.

También ha servido la crisis para, “con el pretexto de reducir el tamaño de la administración pública, erosionar aún más la facultad de los poderes públicos para proteger la salud” (Hernández I, Lumbreras B, 2014).

La crisis y la gestión de la crisis que ha hecho el gobierno de España y algunos gobiernos autonómicos están afectando a la atención sanitaria y a la salud de las personas.

En los papeles desclasificados del Gabinete de Margaret Thatcher (Archivos Nacionales del Reino Unido, documento del año 1982) se lee lo siguiente:

“Se deberá poner fin a la provisión de atención sanitaria por el Estado para la mayoría de la población. Los servicios sanitarios serán de titularidad y gestión privada, y las personas que necesiten atención sanitaria deberán pagar por ello. Aquellos que no tengan medios para pagar podrán recibir una ayuda del Estado para pagar por su atención, a través de algún sistema de reembolso”

En los últimos años han aparecido numerosas informaciones en medios de comunicación social y se han publicado artículos e informes sobre la crisis y su impacto en la sanidad y en la salud.

El más reciente y completo es el Informe Sespas, que reúne varios artículos analizando esta cuestión desde diferentes perspectivas. En él se señala que “hay evidencia de la relación de la crisis con la salud de la población española, con las desigualdades en salud, con los cambios en algunos estilos de vida y con el acceso a los servicios sanitarios...” (Cortés-Franch I, González López Valcárcel B, 2014).

También Ruiz Jiménez JL et al, 2012; Legido-Quigley H et al, 2013; López Bernal et al, 2013; Rajmil L et al, 2013; los informes de la FADSP; el informe del Consejo de Europa

2014, y otros trabajos han estudiado el impacto de la crisis y la gestión de la crisis en los servicios sanitarios y en la salud. En una revisión de estudios sobre el impacto en desigualdades en salud de varias crisis económicas, Bacigalupe y Escolar concluyen que “con pocas excepciones los estudios muestran un aumento en desigualdades en salud durante las crisis” (Bacigalupe A, 2014). Una fuente importante para seguir la información científica sobre esta materia es el portal “Crisis y Salud” de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). En el ámbito europeo cabe resaltar los trabajos del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, de la OMS, donde se ha incorporado un Observatorio de los efectos de la crisis en colaboración con la EASP.

PERO, ¿POR QUÉ HA DE SER PÚBLICA LA SANIDAD?

Algunos damos por supuesto que todas las personas tienen que tener derecho a una buena sanidad pública. Ello es debido a que en Europa y otros países del mundo (Canadá, Australia y Nueva Zelanda, Japón...) se ha generalizado a lo largo del siglo XX una sanidad universal de financiación pública. Pero no ha sido siempre así, no es así en otros países del mundo (EEUU, India, etc.) y no tiene por qué seguir siendo así. Son decisiones políticas, de cada sociedad, en cada momento.

¿Por qué han de pagar los ricos por los pobres? ¿Los sanos por los enfermos? ¿Los que tienen empleo por los que no? ¿Los jóvenes por los jubilados? Es una cuestión de valores, de ideas, de opciones culturales, de políticas (de ideologías), en definitiva de las mayorías sociales que en cada momento defiendan una posición.

Desde antiguo la atención sanitaria individual, cuando te ponías enfermo, era un problema de cada uno. Los que podían, se pagaban una consulta médica, y se pagaban las

medicinas. Los que no podían pagar, regalaban lo que tenían al médico, una gallina, unos huevos. Otras veces, quienes tenían una tierra o una casa la tenían que hipotecar o vender para pagar una operación costosa. En algunos casos, para no tener que hacer frente a un gasto repentino, se pagaban unas cuotas, que en la España rural se llamaban “igualas”, como una especie de seguro particular con el médico del pueblo.

Después se crearon mutualidades privadas y seguros privados, para compartir el riesgo, siempre entre los que se lo pudieran pagar, y con unas prestaciones relacionadas con la cuota pagada (más servicios incluidos con una cuota mayor, como cualquier seguro privado de coche, de robo, etc.). Pago una cuota voluntaria, de la cuantía que yo elijo y cubro unas determinadas prestaciones (atención al parto, especialistas, hospitalización, etc., y otras no las cubro porque la cuota sería muy cara y no la puedo o no la quiero pagar).

Los seguros sanitarios públicos surgen de forma más o menos progresiva a lo largo de la primera mitad del siglo XX y se generalizan en Europa después de la segunda guerra mundial hasta llegar a la sanidad universal en la mayoría de los países europeos y en algunos otros países. Hoy, en países con sanidad universal y de calidad adecuada vive un 20% de la población mundial.

En España, como en otros países de la UE, el Gasto Sanitario Público en relación con el PIB fue creciendo progresivamente, con momentos de estancamiento o retroceso, pero con una tendencia ascendente. Se destinaba más dinero a sanidad pública en la medida en la que se resolvían otras necesidades, y respondiendo a las demandas sociales. Ese aumento de gasto permitió aumentar la cobertura y las prestaciones, así como su calidad.

¿Cuál sería la diferencia entre un seguro sanitario privado y uno público?

En el Seguro privado:

- comparto riesgos con los asegurados en esa compañía
- pago una cuota voluntaria
- recibo servicios “proporcionados” a la cuantía de la póliza que puedo permitirme pagar

En el Seguro público o la Sanidad de financiación pública:

- comparto riesgos con toda la población del país
- pago una cuota obligatoria (los impuestos y cotizaciones, en función de mi renta, de forma progresiva, donde debe pagar más proporción el que más tiene o más gana)
- recibo todo tipo de servicios sanitarios en función de la necesidad

Pero ¿Por qué decide una sociedad hacer esto? ¿Por qué tienen que pagar unos más que otros, aunque no utilicen los servicios? ¿Por qué los más ricos van a pagar más proporción que los más pobres, o los que tienen empleo van a pagar por los que no tienen?

Como ya hemos señalado no siempre ha sido así, no es así en otros países, no tiene porqué seguir siendo así en España. Hay voces que defienden lo contrario, como el equipo de Thatcher en 1982, o los republicanos norteamericanos a día de hoy.

Las razones que han impulsado la creación de una sanidad universal de financiación pública son principalmente:

- Por presión social (huelgas, revolución, miedo)
- Por previsión (nos puede pasar a todos)

- Por interés (cohesión social, productividad, desarrollo)
- Por justicia (la plusvalía es fruto del trabajo)
- Por humanidad

Veamos cada una de estas razones.

POR PRESIÓN SOCIAL, POR MIEDO

Así empezó a crearse la seguridad social pública. Con luchas obreras, con reivindicaciones, con huelgas, con manifestaciones, con la amenaza de la revolución, y con la revolución culminada en algunos países cercanos, como Rusia en 1917.

Las personas más pudientes, la clase social de los más ricos, vieron amenazada su seguridad física, su propiedad, sus intereses, y cedió parte de su poder, parte de su riqueza en forma de prestaciones sociales. Se aliviaba así la tensión revolucionaria. En aquel momento, la lucha de clases la empezaron a ganar los más pobres, los desheredados de la tierra. A diferencia de lo que ha pasado desde los años 1990 hasta hoy, en la que, como recordaba Warren Buffet al principio de este libro, la lucha la están ganando los ricos.

A veces se frenan algunos procesos que pueden poner en riesgo la calidad de la sanidad pública mediante la movilización social. Este ha sido el caso de España con las Mareas Blancas...

El recorrido por la crisis y el impacto de la crisis en la sanidad y en la salud debe tomar nota y resaltar un movimiento de resistencia impresionante que surgió en Madrid y en otras ciudades y regiones de España en defensa de la sanidad pública.

En Galicia, en Castilla-La Mancha, en Cataluña, y en otras regiones, ciudadanos, asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, sindicatos, sociedad civil, se movilizaron para defender su sanidad, la sanidad de todos. Huelgas, manifestaciones, escritos, conferencias, informes, denuncias en los juzgados, información en las redes sociales y todas las formas de movilización imaginables se fueron activando para intentar, y en buena medida conseguir, parar el desmantelamiento de la sanidad.

Singular mención merece la Marea Blanca de Madrid. Por su imaginación, su versatilidad, su pujanza, su capacidad integradora, su alegría, su fuerza. Un ejemplo de compromiso cívico. Una muestra de la capacidad de respuesta ciudadana frente a decisiones políticas y económicas contrarias al interés general.

En países donde todavía no hay financiación sanitaria pública suficiente, donde las condiciones de trabajo son las que tenían los obreros en Europa a principios o mediados del siglo XX, los trabajadores se movilizan para luchar por sus derechos sociales, como está ocurriendo en China, en Bangladesh, etc. (Rivera, 2014).

De hecho, el porcentaje de gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total en el mundo está aumentando poco a poco y ya alcanzaba el 58,8 % en 2011 (WHO, 2014) como España en 1970.

POR PREVISIÓN, NOS PUEDE PASAR A NOSOTROS

- Porque el gasto es inesperado (¿Cuándo surge?)
- Porque es incalculable (¿Gravedad?)
- Porque nos puede pasar a todos

Cada año se arruinan 150 millones de personas en el mundo por pagar su asistencia sanitaria y más de tres mil

millones no pueden acceder a la atención sanitaria con garantías.

POR INTERÉS, NOS CONVIENE A TODOS

Favorece la cohesión social, menos conflicto, seguridad, menos gasto en bajas laborales, mayor productividad, crecimiento económico, creatividad

POR JUSTICIA SOCIAL, ES UN DERECHO

Es decir, por derecho. En España hacemos un “contrato social” en la Constitución. Y decimos que las personas tienen derecho a la propiedad privada y a la libre empresa. Pero también decimos que tienen la obligación de pagar impuestos de forma progresiva (más proporción el que más tiene) para financiar los derechos sociales, la sanidad, la educación, las pensiones, etc. Quiere decir que la riqueza nacional es de todos los españoles. Quiere decir que no se regala nada a nadie. Es un derecho. Por supuesto este contrato social, aunque sea la Constitución, es provisional, se puede cambiar, se puede no cumplir, se puede interpretar en el sentido de las mayorías sociales de cada momento. Como toda ley es un instrumento vivo, que se aplicará en una u otra dirección según la correlación de fuerzas, según la opinión pública, según los deseos de la mayoría.

POR HUMANIDAD

Nosotros pensamos que hay otra razón más básica. La salud es un derecho humano. Todos los seres humanos somos iguales de raíz. Y no hay derecho a que un ser humano que convive con nosotros en nuestro país no tenga

acceso a la atención sanitaria cuando la necesite. Y aspiramos a que ese derecho sea universal, que la sanidad universal sea universal.

En este sentido el Comité Ejecutivo de la OMS planteó este objetivo en enero de 2005 (Resolución EB115.R13), y la Asamblea Mundial lo ratificó en una resolución sobre la universalización de la atención sanitaria pública en mayo de 2005 (“Financiación sanitaria sostenible, cobertura universal y seguro sanitario público”, WHA58.33), reuniones en las que tuvimos ocasión de actuar como miembros de la delegación española. Es un objetivo al que no debemos renunciar y al que tenemos que contribuir.

La Unión Europea definió en un Acuerdo del Consejo (UE, 2006) los valores comunes que deben tener los sistemas sanitarios en Europa. Esos valores son Universalidad, Solidaridad, Equidad y Acceso a unos Servicios Sanitarios seguros y de alta calidad.

Una sanidad universal, con un catálogo de prestaciones completo y unos servicios de alta calidad y seguridad necesitan una financiación pública adecuada, necesitan el principio de “solidaridad”.

Si los ricos pagan menos proporción que los pobres, si las multinacionales no pagan impuestos en forma proporcional a sus beneficios, utilizando esquemas de planificación fiscal agresiva y paraísos fiscales, si la carga fiscal cae sobre las espaldas de los trabajadores y no consigue incluir a los más poderosos, el pacto social se ha roto, y el sistema no podrá funcionar a largo plazo.

Es urgente que en los análisis sobre la sostenibilidad de la sanidad pública se incluyan indicadores sobre la progresividad fiscal, incluyendo estimaciones sobre el fraude fiscal, y fijando objetivos sobre cuál es el objetivo de redistribución fiscal razonable. Además, la política fiscal, base de la financiación de los servicios públicos, debe ser

una política común a nivel europeo. Si no es así no habrá Europa Social, y sin Europa Social no habrá Unión Europea.

IMPACTO EN LA UNIVERSALIDAD

(¿A quién? ¿Quién tiene derecho a la atención sanitaria financiada públicamente?)

La cobertura sanitaria pública, la proporción de personas con derecho a la atención (“titulares” o “beneficiarios” del derecho a la atención) había aumentado en España de forma progresiva a lo largo del siglo XX.

Cuando hablamos de cobertura pública solemos referirnos a las personas con derecho a la atención sanitaria en el sistema o subsistema público más completo. En un país determinado, en un momento determinado, pueden convivir varios subsistemas públicos: por ejemplo un esquema de seguridad social para trabajadores de las grandes industrias, un esquema de mutualidades para trabajadores autónomos o de otros sectores menos organizados o con menos poder, un esquema de beneficencia, para los pobres, etc. Los “paquetes de prestaciones” o “catálogos de prestaciones” y la calidad de las mismas (centros sanitarios a los que se puede acceder, etc.) varían. Por eso, cuando hablamos de cobertura universal nos referimos a la proporción de personas con derecho a la atención sanitaria en el esquema de sanidad pública más completo.

En el caso de España ese esquema fue el de la Seguridad Social que fue ampliando su cobertura a lo largo de los años, mientras se mantenía un subsistema de beneficencia para los pobres, y otra parte de la población sin cobertura sanitaria pública. El aumento de la cobertura fue progresivo coincidiendo más o menos con las décadas del siglo pasado.

En 1940 la cobertura era del 28,3%, en 1950 del 40%, en 1963 un 50%, en 1970 un 63,9%, en 1980 un 83%.

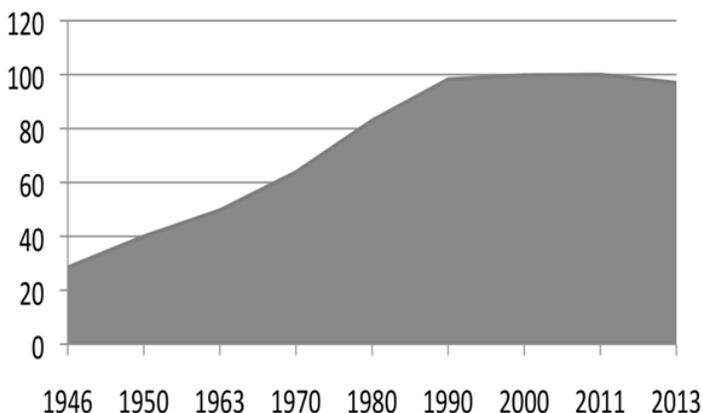


Figura 19. Evolución de la cobertura sanitaria pública en España Fuente: Elaboración propia con datos Seguridad Social, MSSSI y Sevilla F

Con la aprobación de la Constitución Española en 1978 y de la Ley General de Sanidad en 1986 se reconoció el derecho a la protección de la salud de todos los españoles. Había una voluntad de universalización.

De 1986 a 1995 se incorporaron al Sistema cerca de 8 millones de personas, casi todas provenientes del subsistema de Beneficencia que se suprimió.

Se creó la Tarjeta Sanitaria Individual (que era el documento que acreditaba el derecho a la atención sanitaria, en sustitución de la “cartilla del seguro” y la “cartilla de beneficencia”).

Junto a este cambio de concepto del derecho a la atención, se produjo un cambio del sistema de financiación. Se dejó de financiar la sanidad pública desde la Seguridad

Social y se pasó a financiar desde los Presupuestos Generales del Estado.

Es verdad que en aquellos años la Seguridad Social recibía una subvención del Estado que era equivalente al gasto sanitario público. Dicha subvención dejó de hacerse y ese dinero fue destinado a sanidad como prestación ligada al concepto de ciudadanía.

El cambio de modelo fue progresivo.

La cobertura pública aumentó al 98%. Pero todavía no se habían incorporado las personas de rentas más altas con trabajos no asalariados, profesionales liberales, rentistas, etc.

Si la financiación se pagaba a través de impuestos (supuestamente progresivos) tenía sentido que también las personas de rentas altas tuvieran el derecho a la atención. La lógica exige que paguen impuestos, y que tengan los mismos derechos.

Posteriormente, en el año 2000, en la Ley de Extranjería (Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social) se reconoció el derecho a la atención sanitaria a todas las personas empadronadas... La cobertura alcanzó el 99,5%, en el año 2003 (ENSE).

*Entrevista a Magdalena Sepúlveda, Relatora Especial de la ONU para la Pobreza Extrema: **"Por más que lo diga el Gobierno, la sanidad ya no es universal ni gratuita"***

Eldiario.es 11 de mayo de 2014



El Gobierno sigue asegurando que, tras la reforma, la sanidad en España es universal. El presidente lo repitió en una entrevista reciente, en respuesta a una pregunta que citaba sus declaraciones. ¿Es así?

No es exacto. Por más que lo diga, la Sanidad en España no ya no es ni universal ni gratuita.

¿Está mintiendo entonces el Gobierno?

Está siendo inexacto.

¿Cómo argumenta esta afirmación?

No queda claro. Simplemente lo repite pero esto contradice el Real Decreto 16/2012 aprobado por el Gobierno.

Finalmente se completó la cobertura, desde el punto de vista jurídico en el año 2011, con la Ley General de Salud Pública 33/2011.

Con esta Ley se elevó la cobertura, teóricamente, al 100%.

Pero la Ley daba seis meses para su aplicación, y antes de que se llevara a cabo, se modificó con la nueva reforma sanitaria del Gobierno Rajoy, el Real Decreto 16/2012.

Esta reforma quiebra la tendencia de ampliación de la cobertura sanitaria pública y da marcha atrás, desanda el camino de la universalización.

El RD 16/2012 reduce la cobertura sanitaria, quitando el derecho a personas extranjeras residentes en España sin permiso de residencia que tenían derecho a la atención sanitaria pública desde el año 2000:

- Se vuelve al concepto de “asegurado” en lugar del concepto de persona/ciudadano residente en el país.
- Según cifras del Gobierno se ha retirado la Tarjeta Sanitaria a 873.000 personas.
- A otras personas se les reduce también la cobertura (jóvenes en paro que estén más de 90 días en el extranjero, aunque estén buscando trabajo), y no se incorpora a los que tenían derecho según Ley General de Salud Pública 33/2011 (personas con ingresos superiores a 100.000 euros año).

En definitiva, de un 99,5% en 2003 a un “teórico” 100% si se hubiese aplicado lo dispuesto en la Ley de Salud Pública de 2011, a un 97,4 % hoy.

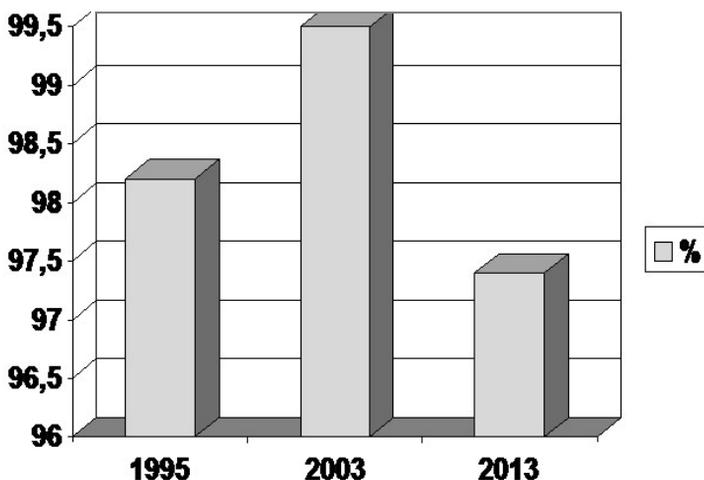


Figura 20. % Población con derecho a la atención sanitaria con financiación pública. Fuente: Para 1995 y 2003, Encuesta Nacional de Salud; para 2013, estimación por aplicación del RD 16/2012. Elaboración propia

La disminución del derecho a la protección sanitaria de las personas inmigrantes tiene efectos negativos ya que dificulta la posibilidad de participar en actividades preventivas y de recibir el tratamiento adecuado para sus enfermedades.

Eso se añade al impacto económico negativo de la crisis sobre la salud (peor alimentación, pérdida de empleo, de vivienda, etc.). (Vázquez ML et al 2014).

MUCHOS MÉDICOS HAN OBJETADO EN CONCIENCIA

Es de destacar que muchos profesionales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones ciudadanas y sociedades científicas mostraron su rechazo a esta norma y promovieron una respuesta solidaria defendiendo la continuidad de la atención a todas las personas como antes del RD 16/2012.

<http://objecion.semfyces.es/>

Por la presente manifiesto mi voluntad de querer ejercer la objeción de conciencia ante la norma promulgada por el gobierno español en el RD 16/2012 que deja sin prestación sanitaria a personas que hasta ahora habíamos atendido en nuestras consultas.

Mi lealtad con los pacientes hace que no sea posible faltar a mi deber ético profesional e incurrir en el abandono. Entiendo que la objeción de conciencia, tal como se entiende actualmente en el contexto de la actividad profesional, es la negativa por motivos de conciencia a someterse a una conducta jurídicamente exigible, ya sea por tratarse de una obligación que proviene de una norma legal, de un mandato de la autoridad o de una resolución administrativa, tomando la forma de omisión de presunto deber, del cual se solicita ser eximido sin ser penalizado.

Es mi voluntad poder seguir atendiendo a las personas que son mis pacientes y que no tienen permiso de residencia.

GASTO SANITARIO PÚBLICO ¿cuánto?

¿Cómo se mantienen los centros de salud, cómo se pagan las nóminas y las medicinas, cómo se pagan los hospitales y las pruebas diagnósticas? Hace falta una financiación.

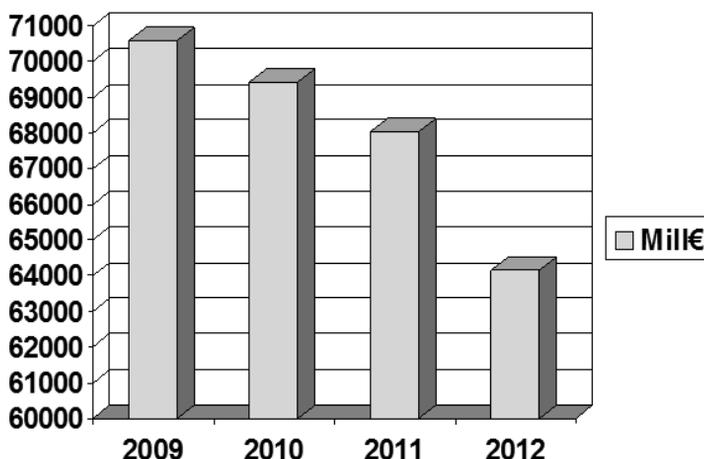


Figura 21. Gasto sanitario público en España. Fuente: MSSSI, EGSP 2014. Elaboración propia

¿De qué depende el volumen de gasto sanitario? De dos cosas, por una parte de la renta del país: ¿cuánto podemos destinar a sanidad?

En segundo lugar de las decisiones políticas y personales: ¿cuánto queremos destinar a sanidad? ¿Cuánto a ayudas a la banca, a beneficios empresariales, cuánto a salarios?, etc. Estas son decisiones políticas.

Como hemos visto antes la renta total del país no ha disminuido tanto como se han recortado los servicios públicos. El PIB español a precios de mercado cayó un 5,4% entre 2008 y 2012 (Eurostat, 2014).

El Gasto Sanitario Público en España se ha recortado bastante más en los últimos años. Según la información publicada por el Ministerio de Sanidad, entre 2009 y 2012 se han recortado 6.429 millones de €, un -9,1 %, pasando de 70.579,4 a 64.150,2.

El objetivo del Gobierno Rajoy es recortar todavía más. En el documento “Actualización del Programa de Estabilidad Reino de España 2014-2017”, página 42, se fija como objetivo de gasto sanitario público el 5,3% del PIB en 2017. Si se cumpliera ese objetivo, entre 2009 y 2013 se habría recortado un 27% con un fuerte impacto negativo en la calidad de la atención sanitaria pública.

La disminución prevista del gasto sanitario público en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas sigue esa senda: entre los 64.271 millones de euros de gasto real en 2009 (Encuesta Gasto Sanitario Público) y el presupuesto de 2014, que asciende a 53.052 millones, hay una diferencia de -11.219 millones, equivalente a un -17,45%.

Esa disminución se implementa a través de la reducción de las transferencias económicas a las Comunidades Autónomas, la exigencia de reducir el gasto social, y la prohibición (o limitación) de recurrir al endeudamiento.

Es decir, no es que no hubiera más dinero para la sanidad, como algo decidido por el cielo, o como un dato inevitable, es una decisión política. De la renta del país ¿cuánto destinamos a sanidad? La decisión política ha sido dirigir menos dinero del país hacia la sanidad y más hacia otros objetivos. El principal de ellos, como hemos visto

anteriormente a la recuperación de las instituciones financieras.

SE RECORTA MÁS EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN SALUD PÚBLICA

Con los datos de la Encuesta de Gasto Sanitario Público que publica el Ministerio de Sanidad se puede analizar la evolución del gasto sanitario hasta 2012.

Para poder estudiar cómo ha afectado ese recorte a los diferentes aspectos de la sanidad nos fijamos en el gasto de los Servicios Regionales de Salud, de las Comunidades Autónomas.

En los servicios regionales de salud el gasto en personal se redujo en un 10,47%; el gasto en farmacia extra-hospitalaria disminuyó un 20,46% y el gasto en inversiones y equipamiento se redujo un 55%. En cambio, el gasto en conciertos se redujo solamente un 1,87%.

Si nos fijamos en las diferentes funciones vemos cómo la Salud Pública y la Atención Primaria se reducen más que la Atención Secundaria, que se queda casi igual (por el aumento del gasto en capítulo 2, medicamentos y otros productos sanitarios).

Gasto por funciones en los Servicios de Salud de las CCAA (millones €)

AÑO	2009	2012	DIFERENCIA	% variación
Salud Pública	722,95	591,75	-131,2	-18,15
Atención Primaria	9.319	8.278	-1.041	-11,17
Atención Secundaria	36.845	36.552	-293	-0,79

RECORTES O MEJORAS DE EFICIENCIA

Este es un debate importante. Cuando pedimos que haya un gasto sanitario público proporcional a la renta del país, y criticamos que se recorte, defendemos al mismo tiempo que el gasto sea eficiente.

No es que los que defendamos más gasto público olvidemos el hecho de que siempre se debe intentar mejorar la eficiencia. En cambio sí suele ocurrir que al insistir *solamente* en las ineficiencias del sistema (que siempre las ha habido, en el español y en todos, y en nuestro menos que en otros más privatizados, como el de EEUU), se justifiquen, o no se critiquen, los recortes en el gasto público, aunque no se dirijan a las ineficiencias, sino a la cobertura, las prestaciones, etc.

Hay posibilidades de gastar mejor (que no menos) manteniendo los servicios y la calidad. Por ejemplo, financiando los medicamentos menos costosos a igual efecto terapéutico. Es el caso del aumento de utilización de medicamentos genéricos. Esta es una buena decisión. Y logra el mismo efecto con menos gasto.

Otra estrategia que se orienta a la mejora de la eficiencia es mejorar la educación primaria y orientar el sistema sanitario hacia la atención primaria, como recomiendan García-Altés y Ortún (SESPAS, 2014).

También se pueden renegociar precios de diferentes consumos (energía, consumibles, tecnología).

Se puede disminuir algunos consumos, sin merma de la calidad (energía, ciclos combinados; evitar duplicidades en petición de pruebas; evitar realización de actos médicos por excesiva presión asistencial o problemas organizativos, etc.).

Se puede simplificar la actividad burocrática, liberando tiempo de profesional para actividad clínica sin coste adicional.

Se pueden dejar de utilizar tecnologías o realizar procedimientos que no tengan demostrada la eficacia, o sean menos costo-efectivos (evaluación de tecnologías sanitarias, variabilidad de práctica clínica, utilización de guías clínicas).

Se puede coordinar mejor la actuación de la atención primaria y especializada en el sistema de salud y con el sistema de servicios sociales.

La utilización de las TIC (por ejemplo e-prescripción, e-dispensación) puede disminuir costes sin merma de calidad.

La inversión en prevención de problemas de salud y en promoción de vida saludable, o la formación en la auto-gestión de procesos crónicos, puede evitar consumo innecesario de servicios médicos.

La mejora de la formación, la motivación y la participación de los profesionales sanitarios mejora la utilización de los servicios con igual o menor coste.

¡Claro que es posible reducir gastos innecesarios! Y se debe hacer. Y es un proceso continuo, ya que cuando se actúa en un punto cambia el escenario y los diferentes agentes reaccionan y modifican sus estrategias.

Pero la mejora de la eficiencia no significa que se disminuya el gasto sanitario público total. Porque hay muchas necesidades no cubiertas y se deben mejorar todavía muchos aspectos de la atención.

Hay otras modificaciones del gasto sanitario público que son más discutibles y que dependerá de cómo se lleven a cabo.

Por ejemplo cambios en el sistema retributivo del personal. O modificaciones de plantilla. Si en una planta o un servicio sobran profesionales, es razonable que se puedan reasignar a otro lugar, si es posible.

Pero una reducción de personal donde las cargas de trabajo estaban ajustadas a la demanda, se traduce en pérdida de calidad y aumento de las listas de espera. La pérdida de derechos laborales (disminución de salario, aumento de tiempo para la jubilación, baja laboral, permisos, aumento de jornada, etc.) justificada con la crisis, mientras los altos ejecutivos de las grandes corporaciones siguen recibiendo salarios de escándalo, produce irritación y desmotivación, y puede traducirse en deterioro progresivo del servicio sanitario público.

Finalmente están los recortes que afectan directamente a los derechos de las personas: la reducción de cobertura o de prestaciones. Estos son claramente injustos e innecesarios.

RETROCESO EN LA SOLIDARIDAD

Este es un aspecto clave de la sanidad pública: ¿cómo se financia, quién paga?

¿Pagamos entre todos, en función de nuestra renta y nuestra riqueza a través de unos impuestos y cotizaciones progresivas (donde paga más proporción el que más tiene)?

¿O paga cada uno según sus ingresos en el momento de utilizar el servicio, o a través de un seguro privado?

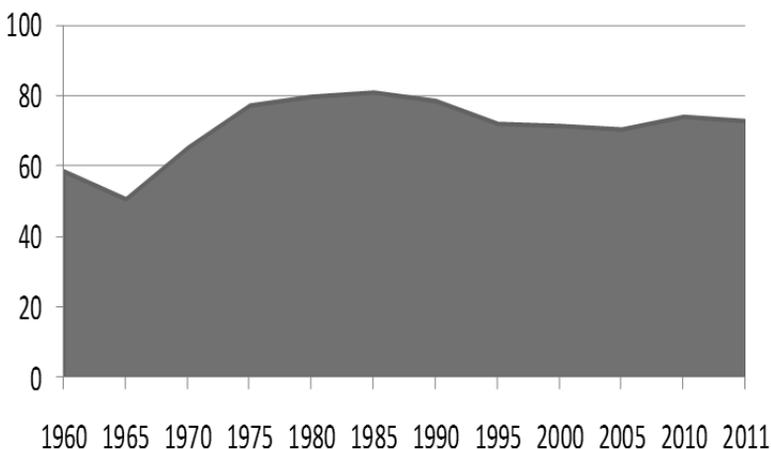


Figura 22. Evolución del porcentaje de gasto sanitario público sobre gasto sanitario total en España. Fuente: OECDE Health Data. Elaboración propia

Para un determinado nivel de renta de un país, si la sanidad pública se recorta, la sanidad privada aumenta. Al reducir el gasto sanitario público, aumentar los copagos, aumentar las listas de espera, volver a ingresar pacientes en los pasillos, etc., las personas que pueden van a la sanidad privada a hacerse la resonancia magnética o a operarse, aumentando el gasto sanitario privado.

La proporción de gasto privado pasa del 25,7 % al 27,1 % del Gasto Sanitario Total entre 2009 y 2011. Antes se había ido reduciendo, conforme mejoraba la prestación pública. La previsión es que haya crecido hasta el 29% en 2013.

Por el contrario, la proporción de gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total ha disminuido de 74,3% en 2009 a 72,9% en 2011, cuando lo deseable sería alcanzar un 80 %.

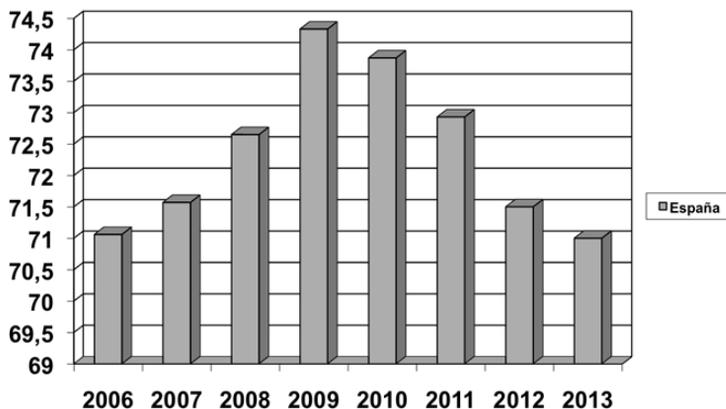


Figura 23. % Gasto Sanitario Público/ Gasto Sanitario Total
 Fuente: 2006-2011 Eurostat; 2012-2013 Estimación propia.
 Elaboración propia

IMPACTO EN LAS PRESTACIONES SANITARIAS CON FINANCIACIÓN PÚBLICA Y EN SU CALIDAD

¿A qué tiene derecho?

El sistema sanitario público español fue aumentando el catálogo de prestaciones en la medida en la que aumentaba la financiación. En su origen el Seguro Sanitario Público (“el seguro”) cubría la atención al parto, la hospitalización quirúrgica, un listado limitado de medicamentos (lista positiva), etc. Poco a poco fue ampliando sus prestaciones, con hospitalización médica, medicina general y pediatría, más especialidades, más variedad de medicamentos, etc. En 1995 el Decreto de Prestaciones incorporó la atención a la salud mental (que “de facto” ya se había ido introduciendo en la asistencia

sanitaria de la seguridad social, aunque “de iure” correspondía a las Diputaciones Provinciales).

Tipo de servicios

El RD Ley 16/2012 modifica la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, además de introducir otra serie de reformas regresivas. La nueva norma diferencia una cartera de servicios comunes (para todo el SNS) y otra complementaria (que pueden aprobar las CCAA). Dentro de la cartera de servicios comunes diferencia tres tipos: básicos (sin copago), suplementarios (con copago) y accesorios. (En el Informe SESPAS 2014; JR Repullo analiza con detalle el impacto del Real Decreto, en este y otros aspectos comentados en este libro).

Se reduce la lista de medicamentos financiados; se amplían los copagos para los pensionistas; se prevén nuevos copagos (medicamentos en la consulta hospitalaria, en el transporte, en prótesis, dietoterapia, etc.)

En 2013 se estima que el gasto añadido que han tenido que desembolsar los pacientes (sobre todo los pensionistas) a través de copagos supera los 500 millones de euros.

EL DEBATE DE LOS COPAGOS

Con el copago se hace mucha demagogia. La introducción de los copagos se justifica argumentando que hay un abuso de los pacientes. En realidad se busca un ingreso de tesorería complementario (EXPH, 2014-2). Pero el copago significa una barrera de acceso para los que menos tienen. Un copago 100% de una prestación, es decir, quitar la financiación pública, quiere decir que esa prestación solamente será accesible a los que se la puedan

pagar. Un copago de un determinado porcentaje, aunque se discrimine por renta, quiere decir que se está haciendo pagar dos veces (repago) al paciente: paga sus impuestos y paga cuando utiliza el servicio. Además, el copago en el momento del uso no puede discriminar si el paciente necesitaba o no la atención sanitaria, y penaliza al que más lo necesita. Como los que más necesitan servicios sanitarios son las personas mayores, el copago penaliza a las personas mayores que, en general, tienen menos renta porque están ya jubiladas. Desde que se produjo el aumento de copagos a raíz del RD 16/2012 el número de medicamentos dispensados (recetas) a cargo de la sanidad pública disminuyó de forma notable (17,8% entre 2011 y 2013). ¿Cuántos de esos miles de medicamentos que dejaron de prescribirse o retirarse de las farmacias eran necesarios pero el paciente no podía pagarlos?

**RE
~~COPAGO~~**

Por otro lado, aunque las personas pueden acudir directamente al médico de cabecera y a los servicios de urgencia, la mayor parte de los servicios sanitarios son indicados por un médico que los ha considerado

beneficiosos para el paciente. Finalmente, en los países donde hay más copagos no se ha demostrado menor utilización de los servicios sanitarios públicos. En el Reino Unido se ha demostrado en la memoria económica sobre el copago de prestaciones sanitarias en el NHS (el sistema nacional de salud) que la introducción del copago no ha disminuido la cantidad de servicios prestados sino que, simplemente, ha mejorado la posición del Tesoro Público, es decir, que su principal efecto ha sido recaudador.

COPAGO HOSPITALARIO Y “REGULACIÓN DE LA DEMANDA”

Los defensores de los copagos sanitarios utilizan varios argumentos. Uno de ellos es que reduce la demanda. Esa reducción se produce porque aquellas personas que no tienen dinero para pagar, aunque necesiten atención sanitaria, no pueden utilizarla. En este caso, el copago es contrario a la equidad y al derecho de atención sanitaria universal (con financiación pública). Pero en países de rentas altas donde se han aplicado copagos observamos que para el conjunto de la población, la utilización no disminuye (a veces estos copagos se reaseguran por las empresas en los convenios colectivos o los contratos de trabajo). Lo que se produce es una recaudación complementaria por parte de los servicios de salud, pero no una disminución de la demanda.

Así, en varios países que tienen copago por el ingreso en un hospital la utilización hospitalaria es mucho mayor (ver Tabla). Por ejemplo, en Austria, con copago, hay 27.030 altas hospitalarias al año por cada 100.000 habitantes, mientras que en España, sin copago hospitalario, se produjeron 9.906 altas hospitalarias, casi una tercera parte.

PAÍS	Tasas de altas hospitalarias/100.000 habitantes	Copago Ingreso Hospitalario
Austria	27.030	Sí
Alemania	25.093	Sí
Bélgica	16.954	Sí
Francia	16.766	Sí
España	9.906	No
Italia	12.878	No
Portugal	11.316	No
Reino Unido	14.204	No

Fuente: Para las altas hospitalarias: OECD Health Statistics 2014: website. *Los datos están referidos a 2012 último año disponible.* Para información sobre copago: *Los Sistemas de Salud de los países de la UE: características e indicadores de salud 2013. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014*

La mayor o menor utilización de los hospitales tiene que ver más con la capacidad resolutive de la Atención Primaria y su papel de “puerta de entrada” al sistema, o con la forma de financiar los hospitales (por presupuesto, por coste por proceso pre-fijado, por coste de proceso al alta, etc.), o con el modelo organizativo que con los copagos.

LOS RECORTES DE PRESUPUESTOS RECORTAN CALIDAD

La Ley puede reconocer los mismos derechos a toda la población, pero puede que las prestaciones ofrecidas no sean las mismas en un país que en otro. Si el número de médicos o enfermeros por 1000 habitantes es diez veces menor, o la disponibilidad de financiar material fungible es diferente, o la posibilidad de comprar tecnología es distinta, entonces la calidad puede variar.

En España se ha reducido la calidad de los servicios, al recortar determinadas partidas del presupuesto:

- Menos personal: Según los datos del registro central de personal del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, entre julio de 2013 y enero de 2014 se habrían reducido 5.953 profesionales en los centros sanitarios públicos. Suma y sigue; si comparamos con enero de 2012, en dos años se han reducido 28.496 plazas de profesionales de las Instituciones Sanitarias. A estos habría que sumar las reducciones de personal no incluido en el registro (laborales, eventuales, etc.).

Si nos fijamos en la Encuesta de Población Activa, tomando la media anual, vemos que entre 2011 y 2013 hubo una disminución de 47.200 profesionales (de 944.500 a 897.300). Menos personal, con igual o mayor carga de trabajo, supone menos dedicación, más cansancio, más tensión, en definitiva, menos calidad.

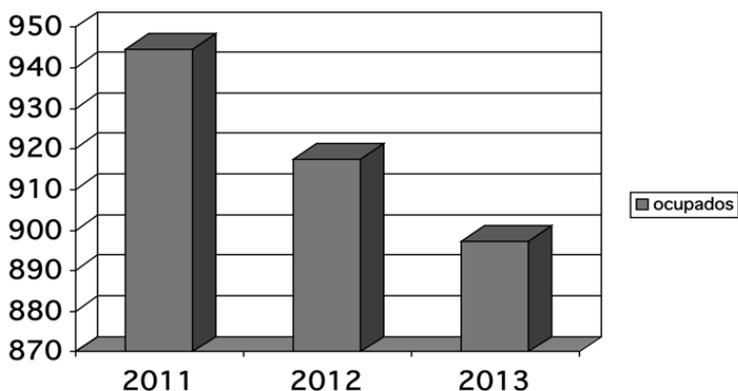


Figura 24. Personas ocupadas en actividades sanitarias.

Fuente: INE. EPA, media anual. Elaboración propia

- Reducción salarial: 20%. Se produjo una reducción de salario del 5% en 2010, a la que se añadieron reducciones de complementos, retraso de aumentos aprobados con anterioridad, aumento de jornada (2 horas y media semanales), disminución de días libres, disminución de los derechos salariales en situación de baja laboral, contratos a tiempo parcial, etc.

- Desmotivación por falta de confianza mutua. La reducción de plantilla y la reducción salarial afectan a las condiciones objetivas de trabajo, pero en algunos casos se ha añadido una ofensiva contra la idea de servicio público y del empleado público. Se le ha denominado vago, ventajista, aprovechado...Se ha transmitido una falta de proyecto de desarrollo y una voluntad de "cierre", de "traspaso", que al reducir las expectativas profesionales reduce el compromiso con la institución. Muchos profesionales han optado por la actividad privada complementaria o total.

- Falta de inversión en tecnología y mantenimiento de infraestructuras. La reducción de inversión afecta a la calidad de servicio. Las instalaciones requieren una inversión para su mantenimiento en buen estado. Y, además, es conveniente ir incorporando las mejoras tecnológicas que se demuestren eficaces, seguras y eficientes. El atraso tecnológico y el deterioro estructural deterioran la calidad.

- Se reducen más los recursos en Salud Pública y Atención Primaria, que son los más eficientes para la salud (aunque no es igual en todas las CCAA, algunas han realizado mayor esfuerzo)

Una situación similar se vivió desde 1995 hasta 2002, lo que exigió después un esfuerzo adicional para recuperar condiciones laborales, salariales, de infraestructura y de calidad.

El desempleo de las enfermeras y su repercusión en la salud

Carlos C. Álvarez Nebreda

“Las variaciones en la mortalidad hospitalaria están asociadas a diferencias en los niveles de dotación de personal y en las cualificaciones académicas de las enfermeras”

(The Lancet de 26 de febrero de 2014)

Los autores de este artículo justifican, en el apartado de antecedentes, que “Las medidas de austeridad y las reformas de los sistemas sanitarios, destinadas a minimizar el gasto hospitalario, pueden afectar negativamente a los resultados del paciente”. Han recabado datos de altas hospitalarias de 422.730 pacientes de 50 años o mayores, que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas comunes en 300 hospitales de nueve países europeos, entre los que se encuentra España.

En nuestro país hay dos organismos públicos que mensual y anualmente, según los casos, nos ofrecen los datos de demanda de empleo de las enfermeras (SEPE) y el número de enfermeros no jubilados colegiados (I.N.I.). Ambos organismos nos aportan los datos por provincias y por Comunidades Autónomas. Conviene aclarar que el SEPE solo ofrece esta información con este grado de desagregación desde el año 2010.

La profesión enfermera siempre ha estado por debajo, en lo que a desempleo se refiere, de la media de las profesiones universitarias españolas, es más, no era extraño encontrarse con un número importante de enfermeras que estaban pluriempleadas, viéndose incluso obligada la administración pública a incumplir la

ley, haciendo “la vista gorda” en muchas de las contrataciones de verano y navidad ante la ausencia de enfermeras, permitiéndoles no solo trabajar en dos administraciones públicas en el mismo periodo de tiempo, sino incluso el no cumplir el horario, dada la imposibilidad física de salir a las 15 horas de una institución y estar a las 14,00 en otra de la misma empresa en otra localidad. En la mayoría de los casos trabajaban incluso en la misma administración pública.

Las restricciones económicas en el sector servicios en general, y en el de la salud en particular, ha encontrado en el capítulo I, su fuente principal de ahorro y, como es lógico, han sido los médicos y las enfermeras el colectivo en el que los recortes han tenido una mayor incidencia, con el correspondiente detrimento en la calidad asistencial recibida por parte de los ciudadanos. Incremento en las listas de espera, retrasos en los avisos domiciliarios, abandono de comisiones de trabajo (calidad, educación para la salud, etc.), dificultad para el acceso a la formación continuada, y otros, a lo que hay que añadir la compra de material de bajísima calidad, la no reposición y/o reparación de materiales y aparataje en general.

Medir el desempleo real en una profesión en la que el trabajo a tiempo parcial (por días, e incluso por horas) se ha convertido en una práctica habitual tiene sus grados de dificultad. El Servicio Público de Empleo Estatal publica desde 2010 el número de enfermeras en demanda de empleo con una periodicidad mensual y, de momento, es el dato oficial más aproximado a la realidad del desempleo de las enfermeras.

Entre los años 2010 y 2013 las enfermeras registradas en el INEM en búsqueda de empleo, han pasado del 2,95 al 5,35% lo que supone un incremento del 81,16%, siendo Cataluña y Navarra las comunidades

que han tenido una mayor sensibilidad en la contención de los recortes en términos de contratación de enfermeras y por tanto la exposición de las enfermeras al desempleo ha sido menor, al contrario que Murcia y Castilla la Mancha que han entrado en este colectivo como elefante en cacharrería.

A Murcia le cabe “el honor” además, de ser una provincia que tiene más médicos no jubilados que enfermeras no jubiladas, al contrario de lo que indica el sentido común.

CC.AA.	2010-2013
Cataluña	19,22
Navarra	19,47
España	81,16
Murcia	139,35
Castilla-La Mancha	387,24

Estos recortes en personal de enfermería, tienen sin duda su repercusión en términos de salud, de hecho ya se están empezando a objetivar algunos de ellos. Así, el informe presentado por la OCDE titulado “Panorama de la sanidad 2013” pone de manifiesto y alerta a los países miembros, de la repercusión que estas medidas están teniendo en términos salud. Pone sobre aviso de los riesgos de exclusión de determinados grupos marginales de población, motivados fundamentalmente por los bajos ingresos, desempleo, etc., grupos que no pueden soportar más copagos o incrementos de éstos. Lógicamente estos recortes provocan aumentos de las listas de espera, reducción de servicios y el abandono del control de las enfermedades crónicas, servicio éste

en el que las enfermeras juegan un importante papel. Asimismo, se produce en muchos casos un abandono de actividades relacionadas con la prevención de enfermedades, educación para la salud y otras que ante la ausencia de personal, las enfermeras posponen en beneficio de la demanda diaria.

Recientemente, el Ministerio de Hacienda ha publicado el Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas a fecha de 31 de diciembre de 2013. Corrobora de alguna manera lo anteriormente expuesto, entre el 2012 y el 2014, el Servicio Nacional de Salud ha reducido su plantilla en 28.496 trabajadores. Estos datos no incluyen a personal laboral ni eventual, así como a los contratados por acumulación de tareas, por lo que algunos estudios recientemente publicados calculan que esta cifra podría elevarse por encima de los 50.000 empleados.

Escribe la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la presentación de la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” que “el incremento de la esperanza de vida al nacer, así como las mejoras en salud pública y la atención sanitaria, junto con los cambios en los estilos de vida han condicionado que en la actualidad el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas”. Gran parte de esta estrategia descansa sobre el importante papel que deberán jugar las enfermeras dentro del equipo multidisciplinar. Debería explicar además la Ministra, cómo pretende afrontarlo con semejantes recortes en el personal de enfermería.

¿Maestro crees que con una buena gestión conseguiremos mantenernos aquí arriba en levitación?



LOS RECORTES TAMBIÉN HAN AFECTADO A LA INVESTIGACIÓN

Decía el Presidente del Consejo Europeo de Investigación, Jean-Pierre Bourguignon, en una entrevista publicada el 23/4/2014 en El País digital:

“España, al principio estaba por encima de la media europea, pero ahora está por debajo...”

“En los últimos años ha caído... supongo que es un efecto de la disminución del apoyo financiero del gobierno español a la ciencia en los años recientes....”. (Rivera 2014)

Hélène Langevin-Joliot, física nuclear nieta de Marie Curie, ha declarado que “recortar en ciencia es, incluso, terrorismo”. (Gregor 2014)

Las apuestas de un país por la investigación de excelencia son a largo plazo. Cuesta mucho iniciar grupos y proyectos. Es muy fácil pararlos y desmontarlos. La motivación y las expectativas de los investigadores son clave y se han herido.

LOS RECORTES AFECTAN MÁS A LOS MÁS DÉBILES: SE ROMPE LA EQUIDAD.

Aumenta el número de personas que tiene dificultades para acceder a la sanidad. Según la encuesta europea de condiciones de vida (SILC) de Eurostat:

- Las personas con menos nivel de estudios tienen 8 veces más difícil el acceso a la atención sanitaria que aquellos con más medios.
- Durante la crisis no ha aumentado la dificultad de acceso para los niveles superiores

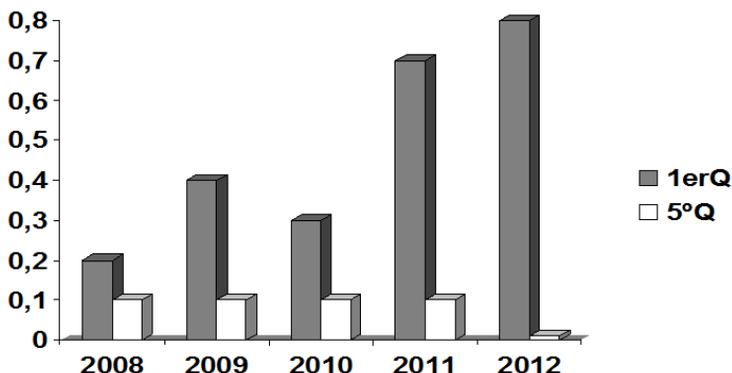


Figura 25. Imposibilidad de acceso a la atención médica por causas económicas en España. Fuente: EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) 2013 Eurostat. (Primer Quintil, rentas bajas; Quinto Quintil, rentas altas). Elaboración propia

LOS RECORTES AUMENTAN EL TIEMPO DE ESPERA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN SANITARIA QUE NECESITAN LOS PACIENTES

Podemos tener un buen servicio sanitario, buenos profesionales, bien formados, pero con una capacidad insuficiente, con pocos medios, que no pueden atender las necesidades reales.

La persona que está en lista de espera es una persona a la que un profesional sanitario responsable, que trabaja en el Sistema Nacional de Salud, considera que, por su clínica, debe realizarse una prueba complementaria, o debe acudir a la consulta de un especialista, o puede beneficiarse de una intervención quirúrgica o una técnica determinada.

Y por eso, mediante un documento de derivación, solicita esa atención. Entonces el servicio de admisión correspondiente le incorpora a la lista de espera. El tiempo de espera puede ser corto, como a cada uno de nosotros nos parecería razonable para recibir atención. Pero puede ser no razonable, de más de un mes, o dos, o doce.

En la sanidad privada el acceso a los servicios lo determina la capacidad de pago. Si tienes dinero suficiente puedes ir a la consulta del médico o puedes ingresar para una operación o para una prueba.

En los sistemas privados no suele haber lista de espera, pero ocurre que la población sin dinero espera toda la vida.

En un sistema público el acceso a los servicios lo determina la necesidad de atención del paciente. En procesos no graves y no urgentes, el acceso se ordena por el momento en que el paciente solicita la consulta.

Así, en atención primaria se solicita consulta y se obtiene en el primer hueco disponible, al día siguiente, o en dos o tres días. Si la consulta es urgente, el paciente acudirá al Centro de Salud, o a la urgencia del hospital, o bien llamará a su Centro de Salud para pedir la visita de un profesional sanitario o, en su caso, llamará al 112.

En atención especializada, normalmente el acceso a un servicio para realizar una prueba (análisis, radiología, etc.), o para una consulta de otra especialidad, se hace mediante derivación por el médico especialista de medicina de familia o pediatra de atención primaria. En el centro de especialidades u hospital correspondiente se dará una cita en función del momento de la solicitud, por orden de llamada. Parece lo razonable: el acceso es igual para todos para igual necesidad.

En algunos casos, si el profesional de atención primaria considera que el paciente requiere una atención

preferente (porque sospecha o conoce una mayor gravedad y un mayor riesgo de agravamiento del proceso) entonces lo indicará para que el servicio de admisión del hospital priorice esta atención programada.

En otros casos, si la situación del paciente es de tal naturaleza que requiere una intervención inmediata de servicios especializados, se deriva a Urgencias.

También en situaciones urgentes, el propio paciente, la familia, u otras personas cercanas (por ejemplo en caso de accidente de automóvil) llamarán al 112 para activar al servicio de urgencias.

Por tanto la lista de espera la forman las personas que necesitan una atención sanitaria no urgente (prueba diagnóstica, consulta, intervención quirúrgica).

¿Cuál es el tiempo razonable para que se reciba la atención?

Por ejemplo, para una intervención de cataratas en una persona que ha perdido gran parte de su capacidad visual, sería cuanto antes: el tiempo para organizarse las cosas, un mes quizá, máximo tres meses.

Para realizar una prueba que es necesaria de cara a precisar el diagnóstico, parece razonable que sea también cuanto antes, en este caso una semana, máximo dos semanas.

En el caso de una consulta con un especialista hospitalario, cardiólogo, psiquiatra, dermatólogo, etc., parece razonable que no se tenga que esperar más de dos semanas, como mucho un mes, sin realizar la consulta.

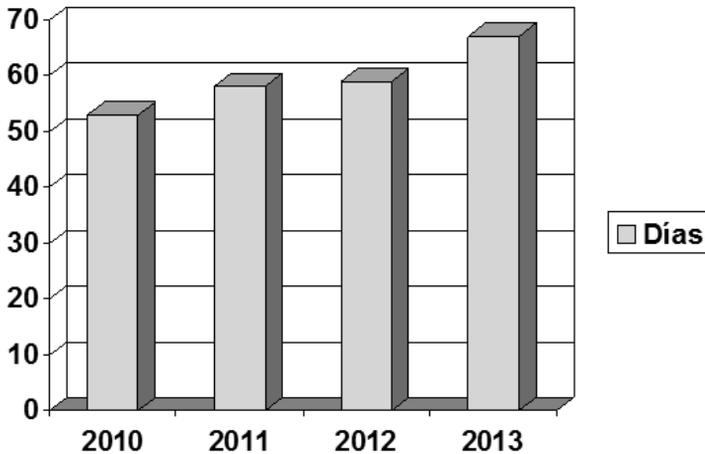


Figura 26. Listas de espera para consultas externas. Días de Espera para Primera Consulta de Especialista. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera. Elaboración propia

Pues bien, en el Sistema Nacional de Salud las personas que necesitan una consulta de especialista de atención secundaria llevan esperando un tiempo medio de más de dos meses, 67 días (diciembre de 2013).

Respecto a 2010, el tiempo medio de espera aumentó un 26%.

No es lo que nosotros quisiéramos para nuestros hijos o nuestros padres. En ese tiempo pueden empeorar muchas cosas y el tratamiento, cuando se pueda aplicar, puede perder parte de su eficacia.

A una paciente con dolor agudo producido por fractura vertebral le ofrecían cita en la consulta especializada para dentro de un año. Le habían visto en urgencias. No era un proceso que tuviera riesgo vital. No evolucionaba. Le dieron calmantes y la mandaron a casa. Tiene 85 años. Vivía sola, con autonomía. Ahora ese dolor le impedía levantarse de la cama o del váter, vestirse, caminar sola. Es decir, necesitaba una persona. De ser autónoma pasaba a ser dependiente. ¿Podía pagar una persona de compañía? ¿Podía pagar una residencia? La ayuda a domicilio pública era muy limitada; en las residencias había lista de espera. Se preguntaba cómo podría manejarse, empezó a deprimirse, a no dormir. Pasaron los días y la medicación analgésica le había ido produciendo una impregnación con efectos secundarios, desorientación, ansiedad, delirios.

Una persona mayor, pero válida, autónoma, relativamente feliz, se había convertido en una persona dependiente, desorientada, incapaz. Por un dolor que no podían tratarle hasta dentro de un año.

Esta persona no aparece en las estadísticas de mortalidad. Solo aparece como una consulta de urgencias, una persona en lista de espera, y un listado de medicamentos consumidos. El dolor, la tristeza, la incapacidad, los gastos personales y familiares, el cambio de vida, los trastornos mentales sobrevenidos, son difíciles de contabilizar.

Después de esperar para la realización de las pruebas diagnósticas, después de la cita y la consulta para que el especialista estudie las pruebas y considere si debe haber una intervención quirúrgica, se pide cita para ingreso. El tiempo medio que esperan los pacientes en la lista de

espera quirúrgica es de 98 días (diciembre de 2013), más de tres meses. Respecto a 2010 aumentó un 50%.

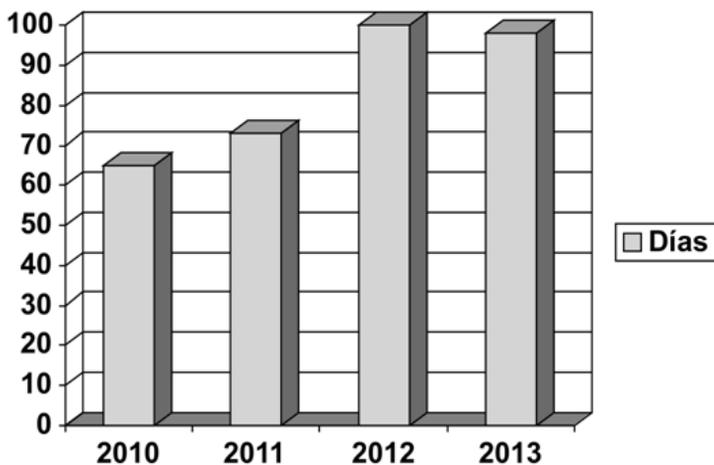


Figura 27. Listas de espera quirúrgica. Días de Espera para Intervención Quirúrgica. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera. Elaboración propia

El aumento de la dificultad para que los pacientes puedan acceder a los servicios sanitarios en los centros públicos, el aumento de las listas de espera, es el efecto más visible (junto con las camas en los pasillos) de los recortes.

Ese aumento significa más discapacidad prevenible y evitable, más dolor, y posible agravamiento de algunos procesos de forma irreversible. Es injusto, si hay alternativas, que las hay, como veremos después.

A RÍO REVUELTO GANANCIA DE PESCADORES, EL “DEBATE” SOBRE LOS MODELOS DE GESTIÓN



¿Pescadores?

En el contexto de la crisis, con el discurso de la eficiencia ha habido muchas voces que predicaban: como no hay dinero suficiente tenemos que privatizar la gestión, porque la gestión privada es más eficiente y con menos hace más.

En torno a este mantra se ha discutido mucho, pero se ha investigado poco.

EN TODO CASO SABEMOS QUE NO SE HA DEMOSTRADO QUE LA GESTIÓN PRIVADA DE LA SANIDAD PÚBLICA SEA MÁS EFICIENTE, Y HAY MÁS EVIDENCIAS DE LO CONTRARIO.

El Panel de Expertos en formas eficientes de invertir en salud, de la Comisión Europea, revisó un estudio de la Comisión sobre la posible utilización de concesiones (colaboración público privada), y comprobó que no existe una evidencia científica de que estos modelos de gestión privada de la sanidad pública sean más eficientes. No hay estudios independientes completos. (EXPH, 2014-3)

Por el contrario, algunos informes de distintos organismos independientes, como las Comisiones del Parlamento Inglés, o la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana, muestran la ineficiencia de estos modelos en comparación con la gestión pública.

Lamentablemente no hay mucha información accesible al público sobre los sistemas de gestión privada de la sanidad a través de concesiones a largo plazo. Una excepción a esa carencia generalizada es el informe de la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana sobre el concierto de Resonancias Magnéticas (2013). En dicho informe explica cómo usando la provisión pública tradicional se podrían haber ahorrado 16,7 millones € anuales, en comparación con el sistema de “colaboración público privada” (concesión de 10 años). Dicho de otra forma, la gestión pública es un 40% más barata que la concesión privada.

La Comisión Nacional de la Competencia también señalaba numerosas irregularidades en los procedimientos de contratación de estas concesiones.

En los datos que presenta el MSSSI, se observa que el coste de gestión de sanidad privada en España es un 30%, frente a un 2% en el sector público.

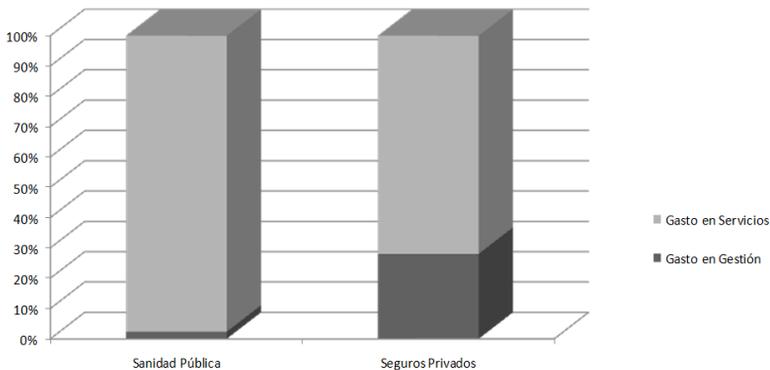


Figura 28. Eficiencia en la gestión Fuente: Sistema de Cuentas de Salud, MSSSI. Elaboración propia

Si estudiamos un sistema sanitario donde la sanidad pública tiene más proporción de gestión privada (compañías de seguros), como el caso de EEUU, vemos que el coste por persona protegida es más del doble que en España, en paridad de poder adquisitivo.

La introducción de intermediarios en la gestión del sistema, cuya motivación es el ánimo de lucro, aumenta los costes por:

- Gastos de gestión (contratación, facturación, etc.)
- Beneficio industrial
- Posible aumento de actividad innecesaria

Esos costes “empresariales” se traducen en menos recursos para la prestación de servicios a los pacientes, con baja de calidad (para el mismo gasto total), o en un aumento del gasto total (si se mantienen la calidad).

A estos efectos se añade ahora otro. En la economía financiera, los contratos de concesiones se convierten en un “producto financiero”. Ya no se trata de un empresario que quiere fundar un hospital. O un grupo de médicos que ponen

en marcha un Igualatorio o una compañía de seguros. No se trata de personas con una motivación directa en la atención sanitaria. Se trata de fondos de inversión con intereses distintos a los del desarrollo sanitario. Dejar en manos de estos intereses financieros un sector tan sensible como la sanidad puede tener riesgos imprevistos (aunque previsibles).

Ley de mutuas. Otra privatización sanitaria

Pepa Gallego y Ana Cosín

Hay otra forma de privatización que en los últimos meses está tomando más fuerza, mediante el traspaso de funciones desde el SNS a las mutuas patronales.

El Proyecto de Ley de Mutuas que aprobó el Gobierno el pasado 18 de julio da más poder a los empresarios para que controlen actividades y derechos que eran gestionados por SNS y de sus profesionales. Ahora serán médicos contratados por las empresas a través de sus Mutuas patronales los que puedan proponer las altas de los pacientes con contingencias comunes desde el primer día y los inspectores del SNS tendrán 5 días para responder (¿cómo consultarán a los médicos de familia, citarán al paciente, etc.?). Los médicos del SNS, que conocen y tratan a sus pacientes, y que consideran necesitan estar de baja para recuperarse, podrán ser cortocircuitados por los médicos de las mutuas. El paciente, presionado por la empresa, y con la amenaza de despido y precariedad laboral en el ambiente, podrá renunciar a su derecho a baja remunerada para completar su recuperación. Así, dice el Gobierno, “el Estado ahorrará 500 millones de euros”. Cuando se dice que “el Estado ahorrará” ¿podemos entender que se trasvasarán 500 millones de euros de

los trabajadores (destinados a la recuperación de su salud) a las rentas del capital (vía rebaja de cuotas, exenciones fiscales, etc.), de la misma manera que se han “ahorrado” 500 millones de euros haciendo que paguen sus medicinas los pacientes con el repago; o cerrando servicios y obligando (al que puede pagar) a usar la sanidad privada, etc.? Por supuesto que, en algunos casos, había abusos por parte de algunos trabajadores o algunos pacientes. Pero la solución no es recortar derechos, sino más educación, medios adecuados para que los profesionales sanitarios hagan bien su trabajo, simplificación administrativa (aquí sí se acierta en la renovación de los partes de baja) y más control.

Además, se propiciará la concertación de los Servicios Regionales de Salud para que paguen la atención que realizan las Mutuas a sus pacientes, pasando por delante de otros pacientes no asegurados en dichas Mutuas. Se rompe la equidad en la atención, y se abre otra brecha a la privatización del sistema sanitario público.

Un tema muy delicado y de alto riesgo es el acceso de las entidades privadas a la información clínica de los pacientes.

En un comunicado de la FAISS (Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios) sobre el Proyecto de ley de Mutuas dice: “lo que, al final, se persigue con estas normas es conseguir que, por la inmediatez de los plazos, prosperen torticeramente las Propuestas de Alta y que las Mutuas obtengan la capacidad de dar altas, de facto, aunque no formalmente. Se pretende dirigir y controlar al SNS desde fuera del mismo por unas organizaciones privadas de los empresarios, que no han sido precisamente ejemplo de buena gestión, sino todo lo contrario”.

PRESTACIÓN FARMACEUTICA: POCO A POCO SE VA AUMENTANDO EL COSTE DIRECTO – REPAGO A LOS CIUDADANOS

LOS MEDICAMENTOS, LOS RECORTES Y LA CRISIS

El consumo de medicamentos es otro de los “indicadores” en donde podemos estudiar la afectación por la crisis (esta crisis) de los ciudadanos y ello desde una doble visión: por un lado, la crisis económica está influyendo en todo el consumo de las personas que están sufriendo la disminución de sus ingresos económicos y en este consumo está incluido el consumo farmacéutico que en unos casos está financiado y en otros no.

La segunda visión, que agrava el problema, es que los recortes han llegado también a la prescripción farmacéutica y han aumentado las aportaciones que determinados colectivos, los más desfavorecidos, han de hacer para proveerse de medicamentos.

Los argumentos sobre el abuso que se hace de los fármacos, de los armarios de los cuartos de baño llenos de medicamentos caducados y de los fraudes y picaresca en las recetas son demagógicos y sobre todo apuestan por la desigualdad entre los que sí tienen para abusar y para llenar el armario del baño y los que no tienen.

El problema es que ya se está detectando que el coste hace que fármacos necesarios no se tomen por falta de recursos económicos con el problema que ello supone, no hace falta ser experto para deducirlo.

En el último Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), el Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos ha presentado una encuesta realizada a 1.655 médicos de familia. Entre los datos que arroja la encuesta destaca que uno de cada

cuatro facultativos percibe que tiene algún paciente que está dejando de tomar un fármaco por motivos económicos.

Entre los grupos de fármacos en los que se ha resentido su uso o bien se ha abandonado destacan los hipotensores (11,2%), hipolipemiantes (9,2%) o antidiabéticos (6,1%). Otros grupos son los indicados en pacientes con EPOC, asma, broncopatía crónica (2,7%) y laxantes (2%).

También citan los antibióticos, antidepresivos, antiagregantes plaquetarios o antipsicóticos.

Seamos claros, si un medicamento no sirve que se retire, si una vacuna no debe ponerse que se quite de la venta pero no es de recibo que un laxante, un mucolítico o un protector gástrico solo lo use quien pueda pagarlo, estamos yendo para atrás.

dicen que hay consenso
en torno al programa
económico sanitario...

Si, lo único que no hay
es dinero, se lo han
llevao...



IV. ¿CÓMO AFECTA EL DETERIORO DE LA SANIDAD A LA SALUD?

Ya hemos comentado que la salud es resultado de diversos factores. La genética, las condiciones económicas y sociales (poder comer, vestirse, trabajar, recibir afecto y reconocimiento, etc.). Estos factores condicionan buena parte de la esperanza de vida en buena salud. Hay otra parte que tiene que ver con la atención sanitaria.

A lo largo de los siglos vemos cómo la esperanza de vida al nacer había evolucionado relativamente poco, hasta los 37 años en 1900, en el caso de España.

A comienzos del Siglo XX mejoraron las condiciones de vida. Se redujo la explotación de los trabajadores, se mejoraron las condiciones higiénicas. Cada vez menos personas sufrían hambre y desnutrición. En los países más pobres del planeta, donde se pasa hambre todavía, donde mueren miles de niños por falta de alimento, la Esperanza de Vida al Nacer es de 50 años. Esa mejora relativa sobre la EVN de España cuando había hambre se debe, en parte, a la intervención sanitaria. A través de proyectos de cooperación se crean dispositivos de salud pública y de atención primaria, se suministran medicamentos, vacunas, primeros auxilios. Se disminuye la mortalidad infantil y materna, etc.

¿Qué pasaría si no hubiera atención sanitaria hoy en España? Si no hubiera vacunaciones, si no se diagnosticaran y operaran las apendicitis, si no se tratara a personas con depresión, si no se redujeran las fracturas, si no se dializara a las personas con Insuficiencia Renal Crónica, si no se atendiera a las personas que sufren angina de pecho, etc. El efecto de la no-atención sanitaria, el coste de la no-sanidad, sería de una reducción de la Esperanza de Vida en Buena Salud de un determinado porcentaje.

Varios autores han estimado la ganancia en salud que aportan los sistemas sanitarios (Lamata, 1994, Bunker, 1995, OECD, 2011, Nolte y McKee, 2012, entre otros). Considerando la mortalidad y la morbilidad evitada se puede estimar en que un 30% de la esperanza de vida en buena salud se puede atribuir a los sistemas sanitarios.

También se ha estimado la ganancia económica para la sociedad de una población más sana. Un estudio de la OECD (Bloom, 2004) estima que por cada año de aumento en esperanza de vida en un país el PIB puede aumentar un 4%. El valor económico añadido por el aumento de la longevidad entre 1990 y 2003 en los países europeos se ha estimado entre 29% y 38% del PIB (Suhrcke, McKee y otros, 2012).

En una crisis económica prolongada en un país de pocos recursos, las carencias derivadas de dicha crisis provocan hambre, falta de abrigo, etc., y el impacto en la salud es claramente visible.

En el caso de países desarrollados, con buen nivel económico, con buenos sistemas sanitarios, el impacto es mucho menor. No se ve en las estadísticas de mortalidad general de una manera evidente. Incluso puede haber efectos paradójicos (diminución de mortalidad por accidentes de tráfico porque hay menos gente al volante). Muchos estudios han discutido esta cuestión.

Lo que se sabe desde que el hombre es hombre racional es que la salud tiene que ver con las condiciones económicas. El hambre mata. No solo eso, sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo.

Y también, la falta de alimentos apropiados, de una dieta, aunque no mate, aunque no se vea en las estadísticas de mortalidad, deteriora la salud. Si los niños españoles en situación de exclusión no tienen alimentación adecuada, su salud será peor, aunque no podamos medirlo.

La atención sanitaria adecuada mejora la salud, al evitar la muerte prematura, la incapacidad, el dolor.

Si no hay una desatención general, que no la hay, si el sistema sanitario sigue siendo muy bueno, porque era uno de los mejores del mundo en 2010, si el deterioro es progresivo, entonces el impacto en salud no es tan evidente, no es cuantitativamente grande.

Pero para cada persona afectada, es terrible. Es un drama humano que es inaceptable, porque con el nivel de renta de este país podría mantenerse una sanidad excelente y para todos.

Es muy importante medir y analizar adecuadamente la evolución de la economía y de las políticas económicas y sanitarias y su impacto en la salud y en las desigualdades en salud.

Como se señala acertadamente en el informe SESPAS (Pérez G et al 2014), la crisis económica “ha tenido distintas respuestas por parte de los países. En España, las políticas de austeridad basadas en recortes tendrán efecto sobre la salud de la población no solo a corto plazo, como ya se ha observado, sino también a largo plazo”.

Los datos sanitarios juegan en ligas inferiores

Serapio Severiano Peña

Un fantasma recorre España, la austeridad como política ante la crisis económica y sus efectos en la salud de la población. Desde su plasmación más tangible en 2010 y su vuelta de tuerca en 2012 no han faltado estudios, análisis, libros, conferencias, etc. que no hayan insistido en su constatación o falta de verificación a partir de los datos publicados.

Las políticas de los gobiernos han ido encaminadas unidireccionalmente a reducir el déficit mediante políticas de austeridad que de forma irremediable terminan perjudicando a los factores determinantes de la salud y como consecuencia final la salud de las personas se ve afectada. La salud de los ciudadanos no se empeora tan rápidamente y posiblemente los efectos en resultados de salud y sus indicadores se vean reflejados en los próximos años aunque el acceso y la utilización de los servicios sanitarios ya se están deteriorando y afectando directamente a las personas, sobre todo a las más vulnerables.

Aunque este es el proceso real que estamos observando el foco se pone habitualmente en los indicadores económicos, desenfocando y quitando importancia a los efectos de la crisis y las políticas de austeridad sobre la salud. En esta crisis se habla mucho sobre el déficit y poco sobre el sufrimiento de las personas.

A los sanitarios nos interesa la gente en general y los enfermos en particular, es decir nos preocupan las personas. A la economía en época de crisis como la

actual y a las políticas de austeridad que se aplican solo les interesa la propia economía con sus déficits, sus deudas y sus rescates bancarios. No solo tenemos diferente enfoque sino diferentes instrumentos para analizar la crisis desde cada una de las perspectivas. Desde la economía cuentan con un verdadero arsenal de datos e indicadores bien servidos, actualizados con rapidez y difundidos con la máxima intensidad “urbi et orbi” por los medios de comunicación. En cambio cuando queremos poner el foco en las personas y más si lo que queremos es ver los efectos que en su salud están teniendo o pueden llegar a tener esta crisis y sus políticas de austeridad, tenemos las dificultades tradicionales de escasez de datos e indicadores disponibles para esta tarea a lo que hay que añadir que cuando ponemos ese material encima de la mesa vemos que está desfasado con la realidad en al menos 2 o 3 años, si no es más. Sorprende este retraso y su selectividad con estos datos en esta sociedad en la que uno de sus pilares es el enorme potencial de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Para muestra objetiva y tangible de estas diferencias echemos un vistazo al *Calendario de difusión de las operaciones estadísticas de España* que acompaña al Plan Estadístico Nacional (BOE del 28 de diciembre de 2013), donde se recoge las fechas previstas de publicación oficial de cada estadística nacional. Al repasar algunas estadísticas tanto económicas como sanitarias encontramos un patrón de desigual trato, vemos que por ejemplo los “Indicadores Sintéticos de la Economía Española de 2013”, como muestra de indicadores económicos, se publican el 25 de enero de 2014, en cambio las “Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público de 2012”, en referencia a indicadores sanitarios, anuncia la publicación de un avance de datos el día 31 de junio de 2014. En el caso de datos económicos se publican con 25 días de retraso con los hechos

estudiados en cambio en los datos más sanitarios, aunque también económicos, el retraso son de 18 meses y solo para obtener un avance de los datos. Por no incidir en flagrantes incumplimientos del calendario oficial como es el caso del “Barómetro Sanitario” que tradicionalmente retrasa su fecha de publicación hasta nueve meses después de cuando se recogieron las opiniones de los ciudadanos.

Podemos confirmar que actualmente tenemos acceso al mismo conjunto de datos y casi con el mismo retraso que hace 25 años. Esto tiene que cambiar si queremos poner el foco en lo sanitario y tener instrumentos de análisis del impacto de la crisis y sus políticas en la salud de los ciudadanos. Para que las personas cuenten más tenemos que conocer mejor y más rápidamente lo que les pasa

LOS DAÑOS A LA SALUD DE LA CRISIS

Pero vayamos por partes, hemos analizado la crisis económica (esta crisis) de una forma global y las causas de la misma; analizado también los recortes sanitarios y sociales que se han producido (que han producido ellos) y las personas que están siendo más afectadas. Podemos ya abordar con más detalle si todo esto está dañando a la salud individual y colectiva de los españoles (a nosotros, a la mayoría). Podemos adelantar la dificultad de este análisis, primero por el poco tiempo transcurrido y la tardanza en publicación de estadísticas fiables que hace difícil que los grandes indicadores lo detecten más allá de un cambio de tendencia y segundo por la opacidad informativa que hoy en plena Sociedad de la Información reina en las administraciones.

Algunos datos que ya se han publicado sobre las consecuencias de la crisis en la salud no son significativos por el breve período de análisis, otros obedecen más a ideas preconcebidas que a rigurosa investigación. Nosotros, como venimos señalando a lo largo de todas las páginas ya escritas estamos convencidos de que la crisis y sus recortes van a tener graves consecuencias para la salud de la gente aunque hasta ahora todavía la red de apoyo familiar y social y el potente Sistema Nacional de Salud las minimice. No hay quien niegue esto. Por la coherencia de todo lo que estamos presentando vamos a analizar y a presentar los datos que hoy tenemos, ni más ni menos. Tiempo habrá de volver a trabajar los indicadores y esos datos que de seguro continuarán empeorando si no conseguimos parar los recortes y el deterioro de nuestro Sistema de Salud.

LOS GRANDES INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LAS POBLACIONES

MORTALIDAD

Son ya varios autores los que han analizado la mortalidad en España hasta 2011 sin que ninguno haya observado ningún cambio de tendencia significativo en la mortalidad desde el inicio de la crisis (2008 es el año en el que suelen comenzar los análisis los estudios). En la mortalidad por causas sí que en algún caso se atribuye a la crisis algún cambio de tendencia, como veremos en el caso de los suicidios. Es claro que la situación de partida es casi óptima lo que significa que en grandes indicadores todavía ha de tardar un tiempo en observarse y además los análisis habrán de contemplar los cambios demográficos y sociales que están acompañando a la crisis.

ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

La esperanza de vida en buena salud mide no solo el impacto de las tasas de mortalidad, sino también la percepción subjetiva del estado de salud. Esta percepción subjetiva recoge los problemas de salud (morbilidad) que sufre la persona, y la pérdida de capacidad o función que dichos problemas generan. Es un indicador menos preciso que la mortalidad, pero cada vez es más utilizado en la Unión Europea para medir el estado de salud de la población.

Entre 2011 y 2012 se observa un deterioro, principalmente en varones.

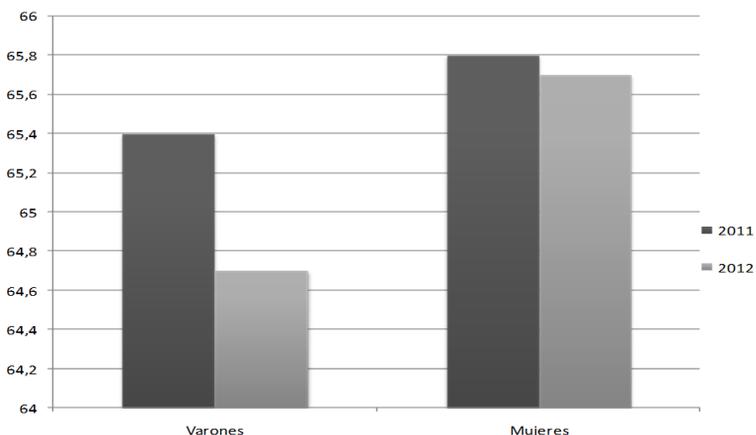


Figura 29. Resultados esperanza de vida en buena salud, España Fuente: Eurostat: HLY, EU-SILC. Elaboración propia

MORBILIDAD, ALGUNAS PATOLOGÍAS SIGNIFICATIVAS LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Crisis Económica y enfermedades infecciosas

Carmen Amela Heras y María José Sierra Moros

Para poder valorar el impacto de la crisis económica en la salud de la población, y en concreto en la incidencia de las enfermedades infecciosas, es necesario en primer lugar revisar la evolución de estas enfermedades y los factores que están impulsando su permanencia, emergencia y reemergencia.

Las enfermedades infecciosas en las últimas décadas están sufriendo una gran transformación como consecuencia, entre otros factores, de la globalización, del uso masivo de antimicrobianos, de la contaminación de alimentos y del cambio en el uso de la tierra. Cuando se estudian los factores que facilitan la presencia de estas enfermedades, generalmente se encuentra una combinación de ellos.

Los nuevos microbios que están emergiendo, en su gran mayoría tienen su origen en el mundo animal selvático (el VIH, el coronavirus-SARS, el virus del Ebola, nuevos subtipos del virus de la gripe con potencial pandémico, el virus del Nilo Occidental). En estos casos los factores medioambientales, la globalización o los nuevos patrones de urbanización que permiten al hombre entrar en contacto con el ciclo selvático, han facilitado el salto interespecies y por tanto la emergencia de patógenos previamente desconocidos por la especie humana y frente a los cuales se encuentra totalmente susceptible. También se está viendo cómo estos factores están influyendo en la reaparición de enfermedades que

habían desaparecido de nuestro entorno, como la malaria en Europa, el dengue en las Américas o en el archipiélago portugués de Madeira.

Las enfermedades transmitidas por alimentos contaminados se asocian a los modos de producción, procesamiento y distribución de los alimentos. Aunque la mayoría se presenta en brotes locales y esporádicos, hoy en día con el trabajo en red y las herramientas de comunicación es habitual que la detección y caracterización del agente infeccioso en un laboratorio se comparta con los sistemas de vigilancia y así se identifiquen brotes que afectan a varios países simultáneamente y que antes habrían pasado desapercibidos.

Cada día se detectan más brotes de origen alimentario, la mayoría resultan complicados de gestionar, primero porque hay que identificar al alimento contaminado, para localizar su origen y los lugares a los que se ha distribuido y con ello definir cuál puede ser la población a riesgo, y por último porque la comunicación de riesgo, sobretodo antes de identificar el origen del alimento, suele ser muy compleja y causar problemas económicos importantes. Un ejemplo de estas dificultades fue la gestión del brote *Escherichia coli* del serotipo O104:H4 vehiculizado en alimentos vegetales contaminados con heces, que tuvo lugar entre mayo y junio de 2011 en Alemania, donde resultaron afectadas casi 3000 personas, de las cuales 855 desarrollaron un síndrome hemolítico-urémico con 53 muertes, además tuvo un gran impacto mediático. A partir de unas declaraciones de las autoridades alemanas al inicio del brote, implicando sin pruebas al pepino español como el alimento responsable de la enfermedad, la exportación del pepino español se hundió temporalmente.

Los factores descritos previamente se

complementan con los efectos de la globalización en el número y la velocidad de los movimientos de la población y de las mercancías por todo el mundo. En este contexto los microbios y los vectores competentes viajan a gran velocidad y atraviesan grandes distancias junto a los viajeros o las mercancías de forma que en un breve espacio de tiempo, un parásito que está circulando en un lugar remoto puede causar una emergencia sanitaria mundial. Esta movilidad facilitó la rápida extensión del SARS en el año 2003. La fiebre por Chikungunya que llegó a una isla caribeña en diciembre de 2013, en algo más de seis meses ha alcanzado a nueve de las diez islas del caribe latino y a Centroamérica, resultando más de 300.000 personas afectadas. Una fluida red de comunicación entre estas islas está facilitando la extensión de la enfermedad, además de que el mosquito competente está presente en todas ellas. Además de los microbios, los vectores también se mueven, sobretodo en trasportes o mercancías, por ejemplo el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) que se detectó por primera vez en Albania en 1979 y en Italia en 1990, entró en España en 2004 por Cataluña y hoy está presente en la Comunidad Valenciana, Murcia y en la Isla de Mallorca.

Los microbios tienen capacidad para adaptarse al entorno y sobrevivir mejor, es decir para transmitirse mejor de huésped a huésped. Uno de sus mecanismos de adaptación es el desarrollado de resistencias a los fármacos antimicrobianos de forma que los pacientes no responden al tratamiento habitual, esto está ocurriendo con la tuberculosis, el paludismo, y con una gran parte de las infecciones hospitalarias. Estas infecciones asociadas a la asistencia sanitaria suponen hoy en día un problema grave de salud pública. Un ejemplo de ellas son las infecciones producidas por enterobacterias productoras de carbapenemasas, que han experimentado un vertiginoso aumento en los últimos diez años en Europa y

en España por su capacidad de extenderse, de producir brotes y su alta mortalidad. Son bacterias resistentes a la mayoría de los antibióticos disponibles, lo cual deja muy pocas opciones de tratamiento y para su control es necesario poner en marcha estrategias de intervención coordinadas desde muchos sectores.

Otras veces el microbio realiza mutaciones que le permiten adaptarse a un nuevo vector como ha ocurrido con el virus Chikungunya, que ha realizado la misma mutación en tres momentos y lugares diferentes para adaptarse a un nuevo mosquito más abundante en la zona donde estaba circulando. Los mecanismos de adaptación son muy variados. Recientemente, en las proximidades de Madrid se ha presentado un brote de leishmaniasis que tiene una especial importancia porque por primera vez el parásito (*leishmania infantum*) ha cambiado de hospedador en esa zona. Si tradicionalmente había sido el perro, quien transmitía el parásito al hombre a través de la picadura de un mosquito flebótomo, ahora el mosquito se alimenta fundamentalmente de la liebre y el ciclo ha pasado a ser liebre-mosquito-humano. Los factores que están actuando, además de un aumento notable en la protección del perro, son los relacionados con el modelo de crecimiento de los municipios de la zona afectada, por ejemplo un municipio pasó de apenas 3000 habitantes en 1960 a más de 180.000 en el 2000 y con el cambio de la actividad de agrícola a industrial.

Estos ejemplos ponen en evidencia los múltiples factores (medioambientales, cambio climático, desarrollo urbano y uso de la tierra, globalización, mecanismos de adaptación del propio agente infeccioso, demográficos, servicios de salud, etc.) que se pueden encontrar en el origen de numerosos brotes o epidemias de importancia para la salud pública.

Algunos factores están actuando desde mucho antes de que surgiera la crisis. Pero también es cierto que las políticas que aumentan la desigualdad social y la pobreza, las trabas al acceso universal a los servicios de salud, la falta de coordinación de los sectores implicados en la reducción de factores facilitadores, la reducción en los programas de investigación y las trabas a reforzar las unidades de salud pública en todos los niveles de la administración y a estimular el trabajo de una forma transversal con otras unidades, van a tener un impacto negativo en la adopción de medidas de preparación, prevención y control y como consecuencia es previsible que las enfermedades infecciosas aumenten.

Como resultado de la actual crisis se están realizando recortes en el presupuesto destinado a la sanidad, pero además hay que tener en cuenta que, según la OCDE, la mayor bajada de presupuesto se ha realizado en las funciones de prevención y salud pública.

Las funciones de salud pública suelen ser poco consideradas, tal vez porque si se realizan adecuadamente el problema (la enfermedad) no aparece o se reduce considerablemente y por tanto no hay resultado que destacar, pero no podemos perder de vista que el verdadero problema es que cuando las medidas de salud pública no se aplican o se aplican tarde, entonces estas actuaciones solo podrán reducir una pequeña parte del impacto sobre la salud que puede llegar a producirse.

En los últimos años se han desarrollado sistemas de información, en la mayoría de las comunidades autónomas que permiten a los servicios de salud pública acceder en tiempo real a los diagnósticos que se realizan en el sistema asistencial. Estas nuevas posibilidades también son un reto para la salud pública que hoy tiene que establecer umbrales de alerta y

reforzar la capacidad de análisis combinando esta información con la obtenida por otras fuentes para valorar e interpretar el papel de los factores medioambientales, meteorológicos, de agricultura y veterinaria, entomológicos, y los del propio sistema sanitario, teniendo en cuenta las características de la población residente en cada zona.

La prevención y el control de las enfermedades infecciosas requiere que la salud pública esté preparada para enfrentarse a los nuevos retos consecuencia de la sociedad actual, identifique los factores que van a facilitar que un agente infeccioso cause enfermedad en la población, y adelantarse para reducir el riesgo y la exposición en sus inicios y así poder reducir al máximo el impacto en la población. Para conseguir este objetivo tiene que reforzar la coordinación con otros sectores implicados en la vigilancia de los factores de riesgos y con aquellos con competencias en aplicar medidas de control. Para reducir el impacto de estas enfermedades será necesario conseguir la participación de la población, informándola de la situación de riesgo y de las medidas que puede adoptar a nivel individual para reducir el riesgo en su entorno familiar.

Parece difícil que con los recortes económicos la salud pública pueda prepararse para responder al reto de la reducción y control de las enfermedades infecciosas en las circunstancias actuales.

LOS DIENTES DE LAS PERSONAS, INDICADOR DE SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Desde que la odontología preventiva y curativa se desarrolló con eficacia, el estado de la dentadura de las personas ha sido un indicador clarísimo, salvo contadas excepciones, de la situación económica de las mismas. Los tratamientos odontológicos siempre han sido costosos especialmente en lo referente a prótesis y terapias de mantenimiento, y su asunción por los Sistemas de Salud muy escasa.

El aumento importante de profesionales que se licenciaban (principalmente en las universidades privadas) y el aumento de las rentas de parte de la población en los comienzos del siglo XXI hizo más asequible el acceso a esta atención bucodental lo que aumentó considerablemente el nivel de “salud” en lo que a la misma se refiere aunque se mantuvo la diferencia entre la gente por clases sociales y niveles de renta.

La crisis económica que ya lleva con nosotros más de un quinquenio tenía inevitablemente que afectar a esta atención y aunque todavía es pronto para ver las consecuencias directas sí que ya se está notando una disminución de la atención profesional preventiva, siempre privada en España, salvo excepciones en atención infantil en algunas Comunidades Autónomas, que necesariamente ha de llevar a patología bucodental.

Según una encuesta del Consejo General de Colegios de Dentistas, sobre cómo afecta la crisis económica en la práctica profesional odontológica realizada a una muestra de unos 1000 dentistas de toda España entre los meses de enero y marzo de 2013, cuatro de cada diez dentistas constataban que el número de revisiones preventivas estaba disminuyendo. Otra de las conclusiones que obtenían de la Encuesta es que las personas con

dificultades económicas que necesitan tratamientos costosos estaban optando por retrasarlos -con el consiguiente riesgo de empeoramiento de la patología y la calidad de vida-, o elegían otras alternativas terapéuticas que no ofrecían los mismos estándares de calidad, ni eran los más recomendables. Entre los tratamientos más afectados destacaban también los de estética y blanqueamiento dental, las prótesis fijas y los implantes (son los que están experimentando la mayor caída de la demanda) y en cambio se estaba produciendo un aumento en la demanda de endodoncias y prótesis removibles.

Estos resultados de la encuesta del Consejo de dentistas son los que “debíamos esperar” de la actual situación, el problema es que las consecuencias se van a ver con el paso del tiempo y no tendrán vuelta a atrás.

Por otra parte, como se señala en otros lugares de este libro, las actividades poblacionales de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad son de las que más están sufriendo los recortes, en parte porque siempre han estado marginadas y en parte porque en el día a día se ven poco y es fácil ese recorte. En el caso de la salud oral la educación sanitaria, la promoción y la prevención son prioritarias y más ahora en que las afecciones pueden no llegar a ser tratadas por no tener acceso a la atención bucodental.

**Maestro si somos todos iguales
porqué unas personas tienen
dientes y otras no**

**Pues porque unas tienen
y otras no...**



**Sobre crisis, desempleo, trabajo precario,
protección sanitaria y salud (mental)**

Antonio Espino Granado

Desempleo, bienestar y salud (mental)

Además de la subsistencia propia y familiar, el trabajo nos proporciona un conjunto de “nutrientes” necesarios para una existencia digna: ordena nuestra actividad cotidiana, organiza nuestra vida, aporta relaciones sociales más allá del ámbito familiar, amplía y dinamiza nuestras metas y objetivos personales, participa en la definición de nuestro estatus social y de nuestra identidad frente a los demás y nos mantiene activos al imponernos la realización concertada de una actividad: es por ello que la *pérdida del empleo va a tener un importante efecto* sobre la salud y el bienestar.

Desde un punto de vista psico-social, los principales impactos negativos en la salud de las personas van a ser los derivados de la reducción de ingresos económicos, incentivos vitales, objetivos, actividades, posibilidades de tomar decisiones y de desarrollar nuevos conocimientos y capacidades, junto a un mayor riesgo de ver alterados, por último, tanto el equilibrio psicológico como el de la propia vida familiar.

Desde un punto de vista clínico, los estudios sobre el impacto del desempleo y el trabajo precario en la salud (mental) de las personas hacen hincapié en el incremento de las reacciones psíquicas desadaptativas (duelo), la presencia de trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión), un mayor índice de recaídas en

personas con trastornos mentales previos y el aumento del consumo de sustancias y de otras conductas de carácter disocial.

Frente a la pérdida de empleo, las personas ponen en marcha mecanismos de adaptación psicológica no necesariamente patológicos, pudiendo presentar temporalmente síntomas de ansiedad, estrés o depresión, síntomas que pueden cronificarse si la situación se mantiene, pero que rara vez dan lugar a complicaciones psiquiátricas graves, como la depresión mayor con síntomas psicóticos o las conductas suicidas.

Se ha visto también que el desempleo, por sí mismo, puede desencadenar los primeros problemas de salud mental en personas previamente sanas, especialmente en desempleados de más de 6 meses de duración, personas con educación superior o pertenecientes a grupos minoritarios, presentando principalmente *cuadros de tipo depresivo y de ansiedad generalizada* que no habían padecido con anterioridad.

La ilusión del primer empleo

La experiencia de la búsqueda del primer trabajo y el compromiso ejercido con el mismo es primordial para el proceso de socialización laboral de los jóvenes. Excesivas dificultades para entrar en el mercado de trabajo van a influir negativamente en la motivación y actitud de búsqueda de empleo y en el compromiso futuro con el mismo, de forma más acusada cuanto más se alargue el tiempo de entrada en el mercado laboral

Impacto del *desempleo de larga duración* sobre la salud y el bienestar

Si consideramos el proceso de duelo en los

parados de larga duración, a un rápido deterioro de su salud percibida - tanto física como mental - entre los 3 y los 6 primeros meses por la pérdida brusca de distintos aportes psicosociales (disponibilidad económica, seguridad física, relaciones laborales, pérdida de estatus, etc.), le sigue un proceso de cierta estabilización de la situación entre los 7 y los 12 meses. A partir de entonces y hasta los 24 meses pueden entrar en una fase de mayor acomodación y menos incentivos internos, con pocas variaciones aparentes respecto al periodo anterior.

El empleo precario: cuando el trabajo (remunerado) no sirve para vivir con dignidad

En relación con el aumento del empleo precario en situaciones de crisis, se suma a la propia inestabilidad del presente e inseguridad en el futuro, el efecto directo de la baja consideración social, bajos sueldos, jornadas extenuantes, altos ritmos de trabajo, elevado estrés y exigencias, amenazas de despido, condiciones ambientales nocivas, alta exposición a situaciones peligrosas y bajo o nulo control de la persona sobre la tarea desempeñada, pudiendo afectar al bienestar (psíquico) de la persona aun más que la situación de desempleo, especialmente si este está subsidiado o si hay expectativas de vuelta al mercado laboral.

Se ha asociado la precariedad laboral con un aumento del nerviosismo y la ansiedad, miedos, sufrimiento, depresión, irritabilidad y pérdida de la sociabilidad y las relaciones de amistad. También con un mayor riesgo de fatiga crónica, de desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos y cardio-vasculares (infarto, hipertensión y diabetes), de intoxicaciones, tumores y mayor siniestralidad laboral.

En España, más del 90% de las nuevas

contrataciones son temporales y la proporción de nuevos contratos indefinidos disminuye continuamente, por lo que no es de esperar, sino al contrario, una reducción de la precariedad del mercado laboral ni de su impacto negativo sobre la salud cuando se empiece a crear empleo neto.

Papel de la protección social en las crisis

Un mayor grado de protección socio-sanitaria de las personas ayuda a limitar las consecuencias negativas de la crisis: mientras el riesgo de padecer un problema psíquico va a ser 5 veces mayor en desempleados sin subsidio que en los activos, en los desempleados con subsidio la relación con los activos se reduce a 2 veces mayor.

Sobre las conductas suicidas

Siendo uno de los temas de más actualidad en los medios de comunicación y objeto de encendida discusión científica dentro del campo de la salud (mental) en sus relaciones con la crisis actual, es tratado en otro apartado del libro así como en la publicación origen de estas notas (Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (122), 385-404).

MÁS PREOCUPANTE Y MÁS GRAVE, LOS SUICIDOS AUMENTARON EN ESPAÑA

Los suicidios aumentaron un 11,3% en España desde 2011 a 2012 (INE). 3.553 personas se quitaron la vida, 359 más que el año anterior. Ha aumentado más en personas más jóvenes (menores de 40 años), 16,35%, que en los mayores de 65, 8,9%. En mujeres de 15 a 39 años se

observó el aumento mayor: del 28%. La muerte de cada una de estas personas es terrible.

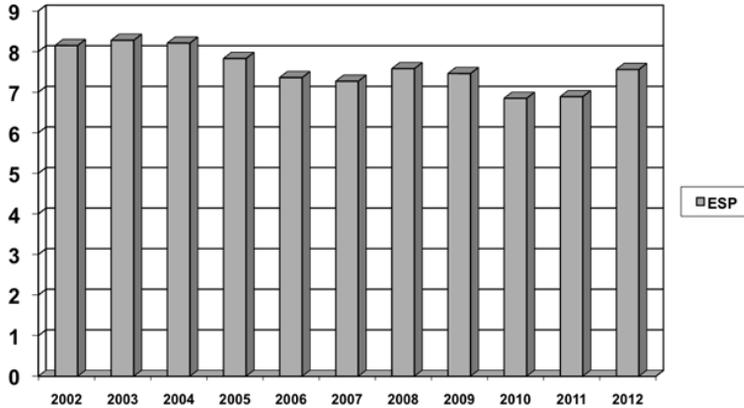


Figura 30. Suicidios en España 2002-2012 Tasas/100.000 habitantes. Fuente: INE, 2013. Elaboración propia

Es verdad que no se puede hablar de una tendencia, todavía, pero sí de la quiebra de una tendencia a la baja.

López Bernal et al, analizaron en un interesante artículo de European J of Public Health, oct 2013, el impacto de la crisis en los suicidios en España, entre 2005 y 2010, viendo como se observa un 8% de aumento de suicidios sobre la tendencia esperada.

Esta sobremortalidad también se observa para el conjunto de la UE entre 2007 y 2010 (Eurostat).

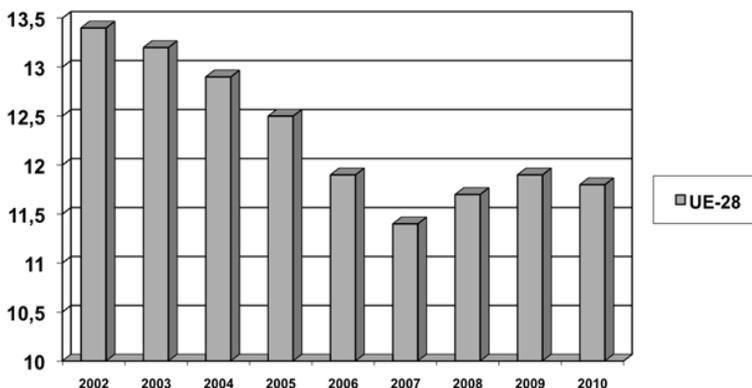


Figura 31. Suicidios en UE 2002-2010 Tasas estandarizadas/100.000 habitantes. Fuente: Eurostat, 2014. Elaboración propia

Si la tendencia de disminución hubiera seguido, se hubiera evitado un “exceso de mortalidad” de 2.600 personas cada año en la UE.

Otros autores han estudiado la morbilidad y la utilización de medicamentos psicótropos.

Margalida Gili et al, en el informe SESPAS 2014, comentan el estudio IMPACT realizado a 1.175 médicos de AP de toda España, donde encuentran un aumento de 19% de trastorno del estado de ánimo entre 2006 y 2010. Aumento de 8% de T. Ansiedad. Y entre 2009 y 2012 un aumento de consumo de antidepresivos del 10%. Xavier Bartoll et al encuentran un aumento de la prevalencia de problemas de salud mental en varones, sobretodo entre los 35 y 54 años (Bartoll X, 2014).

REFORMA DEL CÓDIGO PENAL: UN RETROCESO INACEPTABLE

En el contexto de la crisis se han propuesto e impulsado otra serie de reformas regresivas, en materia de derechos de las personas y de su atención sanitaria. Es el caso de la salud mental.

La propuesta de reforma de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, impulsada por el Gobierno, es un retroceso grave en los derechos de las personas que padecen o padecemos trastornos mentales. Vuelve a relacionar la enfermedad mental con el concepto subjetivo de peligrosidad, reforzando con ello el estigma negativo hacia las personas afectadas, con todo lo que implica de retraso en el diagnóstico, dificultades de integración, etc. Abre la posibilidad de que una persona pueda ser internada en un centro psiquiátrico de manera indefinida a través de la figura de medidas de seguridad prorrogables, “una especie de cadena perpetua”. Puede privarse de la libertad a un ciudadano por la mera suposición de que pudiera cometer un delito en el futuro. Vulnera los derechos humanos. Es de todo punto inaceptable.

<http://feafes.org/sala-prensa/feafes-lanza-video-motivos-faltan-contra-reforma-codigo-penal-19996/>

LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud fueron las primeras transferencias que recibieron las Comunidades Autónomas en cumplimiento de las disposiciones constitucionales que consideraron a la Higiene y Sanidad como materias

transferibles a todas las comunidades sin excepción. La “asistencia sanitaria” en algunos casos se transfirió con celeridad y en otros hubieron de pasar casi 20 años desde la recepción de las citadas competencias de salud pública. Esta tardanza propició que la salud pública poblacional (prevención, promoción y protección de la salud) alcanzara un excelente nivel en toda España a pesar de que siempre ha estado en condiciones de marginalidad respecto a la actividades asistenciales salvo en los casos de alarmas o crisis sanitarias en que la salud pública toma protagonismo especial.

Pero esta marginalidad real más allá de declaraciones políticas de apostar por la prevención y la promoción ha tenido la lógica consecuencia cuando se han comenzado a sufrir los recortes: han sido más grandes de una manera directa o indirecta que en la asistencia.

Además de ello los temas que afectan a la calidad de vida, hábitos y actitudes son mucho más difíciles de abordar para la salud pública en tiempos de crisis económica.

Nos referimos a temas como la obesidad, pandemia de los países desarrollados con afectación principal de las poblaciones más desfavorecidas. Comer y beber alimentos cargados de grasas vegetales saturadas y azúcares es mucho más barato que tomar otros alimentos más saludables.

Nos referimos a temas como el consumo de alcohol cuyo aumento ya se ha señalado en diversos estudios como consecuencia de la crisis aunque no hemos encontrado ningún estudio en España para afirmarlo con rotundidad.

Nos referimos a temas como el ejercicio físico y la lucha contra el sedentarismo, actividades saludables que es difícil hacer llegar a la población cuando la gente tiene otras importantes preocupaciones en sus cabezas y además se han cortado los recursos para ejecutarlas.

Programas de prevención de VIH/SIDA, de educación sanitaria en temas de sexualidad, de prevención del consumo de sustancias tóxicas, etc. han sufrido las consecuencias de la crisis.

El problema, además, es que los mensajes y fomento de actividades no saludables le siguen llegando a la gente desde distintos orígenes porque ellos no han sufrido los mismos recortes.

¿VACUNAS SÓLO PARA RICOS?

Desde que comenzaron a dar sus primeros pasos a finales del siglo XVIII, las vacunas fueron consideradas patrimonio de toda la humanidad. Con sus luces y sus sombras, estas últimas fundamentalmente en el acceso de las poblaciones de las naciones más pobres a programas universales de inmunización y en el desarrollo de la investigación sobre vacunas que ha primado siempre las enfermedades que afectaban a los países desarrollados, han conseguido extraordinarios avances en el control e incluso erradicación de algunas enfermedades que desde siempre diezmaron las poblaciones; la erradicación de la viruela del planeta es el más brillante ejemplo de esto.

En España, como en casi todos los países con un cierto nivel de desarrollo socioeconómico, las vacunas que se consideraban necesarias por los técnicos sanitarios, eran financiadas por el Estado, fuese central o posteriormente autonómico.

La situación empieza a cambiar cuando aparecen nuevas vacunas más allá de las tradicionales (viruela, polio, difteria, tétanos, tosferina), la triple vírica la primera, que según informan desde la industria farmacéutica requieren ingentes inversiones de investigación que hay que rentabilizar. Pasamos de una situación en que en 1980 la

vacuna de la poliomielitis que compraba el Ministerio de Sanidad para toda España salía a menos de 1 peseta, a otra situación, la de hoy en que por ejemplo la vacuna contra el neumococo que no está incluida en los calendarios de vacunaciones cuesta más de 300 euros en la farmacia (las 4 dosis) que es el único sitio para abastecerse de ella, ahora que con 13 cepas parece más necesaria (*situación paradójica que requeriría algún estudio y explicación, la del porqué la Comunidad de Madrid incluyó en su calendario a principios del actual siglo la vacuna del neumococo contra 7 cepas no predominantes en España en base a sus “estudios epidemiológicos” y contra el criterio de todas las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y unos años después. cuando la vacuna ya cubre 13 cepas y entre ellas las predominantes la saca del calendario*).

Otra de las nuevas vacunas objeto de polémica es la del papiloma que sí se introdujo en calendario para determinados grupos después de grandes presiones y debates.

Varias son las vacunas que los fabricantes y grupos de profesionales en ciertos casos están intentando que sean incluidas en calendarios pero la crisis ha cortado muchos de esos intentos. Para las mismas, los laboratorios procuran a toda costa reproducir el escenario de la vacuna del neumococo y que se puedan vender libremente en farmacia que ya se encargarán sus campañas de venderlas a profesionales y población.

Un tema también importante de los últimos tiempos en lo referente a vacunas es el aumento de la desconfianza de los ciudadanos y de los profesionales debido a los manejos que a nivel mundial se han visto en las últimas crisis, vacuna contra la gripe aviar, tamiflú, vacunas contra la gripe A y contra la gripe estacional, etc. La varicela es el último ejemplo de estas estrategias. La campaña que actualmente se está llevando a cabo para introducirla en la

primera infancia ha alcanzado límites claramente intolerables.

Así pues las vacunas que como decíamos al principio eran un logro de toda la humanidad se han convertido en un negocio y como tal las reglas han cambiado. Las nuevas vacunas (y poco a poco también las viejas) son para países ricos y dentro de ellos, como consecuencia de la crisis y la falta de dinero para los que puedan permitírselo. Y este camino se va ensanchando. Si las vacunas fuesen patrimonio de la humanidad como en sus primeros pasos y no un negocio se acabaría el problema; las costosísimas investigaciones que arguye la industria podrían ser asumidas por organismos internacionales o tener un justiprecio y no depender del marketing y las inversiones en promocionarlas. La evidencia científica se impondría y no haría falta acudir a Carl Sagan (Si quieres salvar a tu hijo de la polio puedes rezar o puedes vacunarle).

Con los medicamentos... parecido a las vacunas

En los próximos años es muy probable que lleguen nuevos medicamentos milagro contra el alzhéimer o el cáncer. Si nada cambia, su precio dependerá del máximo beneficio, no del coste de desarrollo ni menos aún de la competencia porque una patente médica es un monopolio en un mercado donde el consumo no es una opción. Es la bolsa o la vida: ¿cuánto estarías dispuesto a pagar por no morir? *De Ignacio escolar en el diario.es el 16 de junio a propósito de sovaldi el medicamento para la hepatitis c*



PERCEPCION SUBJETIVA DEL ESTADO DE SALUD

La percepción "subjetiva" que cada uno tiene de su propia salud es un indicador indirecto del estado "objetivo" de salud tanto física como mental. Este indicador es menos preciso que otros ya que depende del texto de la pregunta, la muestra, el encuestador, etc. Pero, en todo caso, es un aspecto importante a valorar.

Según el estudio de condiciones de vida de Eurostat, la autopercepción del estado de salud como bueno o muy bueno disminuyó en 0,8 puntos entre 2011 y 2012.

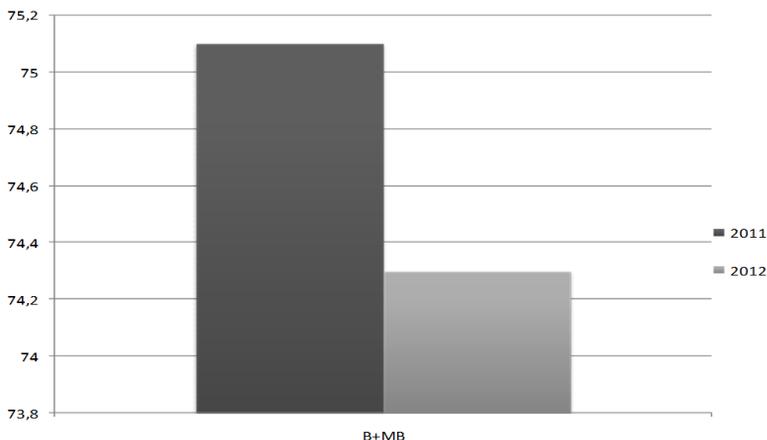


Figura 32. Valoración subjetiva del estado de salud, España

Fuente: Eurostat, SILC. Elaboración propia

VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

La satisfacción con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos baja de 73,88% a 65,87%, 8 puntos, es decir un 10,84%, entre 2010 y 2013.

Como en otros parámetros comentados, la sanidad pública española sigue teniendo una valoración alta por la población. Pero va sufriendo un desgaste. Si la calidad sigue deteriorándose la opinión empeorará. El efecto de esa opinión pública puede ser positivo si se transforma en movilización social y en exigencia a las autoridades públicas de recuperación de la sanidad. “La sanidad pública no se vende, se defiende”.

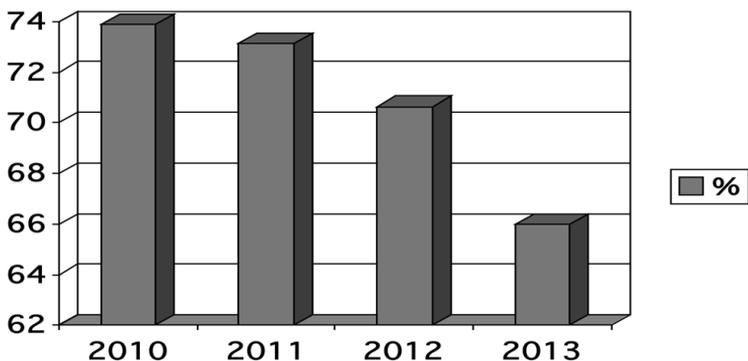


Figura 33. VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO “Funciona Bien + Funciona Bien pero necesita cambios”

Fuente: CIS, Barómetro Sanitario 2013, para MSSSI. Elaboración propia

Pero también puede tener un efecto negativo, de falta de aprecio, de rechazo, de desafección y búsqueda de otras alternativas, empujados por los recortes, y buscando soluciones personales, porque no queda otro remedio. Resignación.

En todo caso, la población española está preocupada por su sanidad. En el Barómetro del CIS de junio 2014, en la pregunta que se interesa por los problemas que más preocupan a los españoles, la situación de la sanidad preocupa a un 11,5%, cuando en junio de 2010, antes de los recortes, la sanidad solo era motivo de preocupación para un 3,2% de la población.

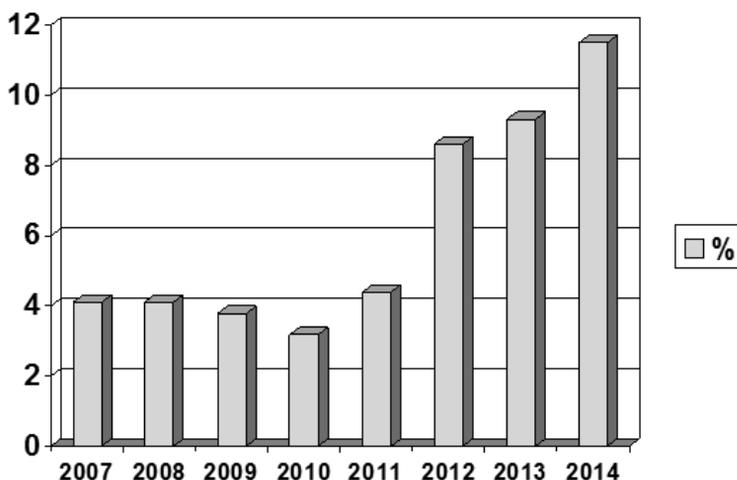


Figura 34. Proporción de personas que perciben la sanidad como problema Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Junio 2014. Datos: junio de cada año. Elaboración propia

Crisis y Salud. La perspectiva de los usuarios

Rodrigo Gutiérrez

Como se viene señalando desde hace algún tiempo el Sistema Nacional de Salud (SNS) está siendo uno de los estabilizadores sociales clave para que la crisis económica no derive en una crisis social de gran magnitud. El acceso a la asistencia sanitaria pública es, por tanto, uno de los elementos de cohesión social que muestra todo su valor en los momentos y situaciones de crisis económica, que suponen un importante riesgo para la salud, aunque sus efectos dependen del nivel de

renta y de otros diversos factores sociales e institucionales.

Los recortes presupuestarios llevados a cabo en nuestro país han supuesto una disminución del PIB dedicado a la sanidad, (aunque curiosamente se ha producido un cierto efecto paradójico que ha disimulado esta reducción por la caída generalizada del PIB), y una disminución del gasto sanitario *per cápita* que, a pesar de la retórica empleada por (casi todos) los responsables sanitarios, se ha traducido en una importante merma de recursos (personal, inversiones) y una evidente pérdida de calidad asistencial en los centros y dispositivos del SNS, paliada en parte por la capacidad, competencia y dedicación de los profesionales sanitarios.

Tradicionalmente el SNS ha gozado de un gran reconocimiento social. Es la institución mejor valorada por los ciudadanos, y las encuestas de opinión y barómetros sanitarios señalan que, aunque creen que necesita algunos cambios, la mayoría considera que su funcionamiento es aceptable y sus profesionales merecen una alta confianza. Según un estudio del Eurobarómetro de la Comisión Europea de diciembre de 2013, el 77% de los encuestados valoran la calidad general de la sanidad en nuestro país como *buena*. Según el Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad, correspondiente a 2012, un 70,6% de los ciudadanos pensaba que el Sistema Sanitario funcionaba *bastante bien* o *bien* aunque necesitaría algunos cambios.

En general, las actitudes de la población y la opinión de los ciudadanos hacia el sistema sanitario y la sanidad suelen estar muy vinculadas con la cobertura mediática y las noticias sobre la misma. Así, en los

últimos años, las expectativas y exigencias de los pacientes como usuarios de la asistencia sanitaria y su positiva valoración de la misma han dado paso a una creciente *preocupación y desencanto* con la atención sanitaria y con la viabilidad futura del propio sistema.

Como una consecuencia directa de la crisis y de las medidas adoptadas por los gobiernos, los recortes en la sanidad han hecho que no resulte raro encontrar en los medios de comunicación noticias llamativas que no hacen sino reflejar esa preocupación y un evidente malestar de fondo. Artículos de opinión, cartas al director, incremento de las quejas y reclamaciones por causas sanitarias, la implantación de nuevos copagos, el incremento de las listas de espera para pruebas y exploraciones o intervenciones quirúrgicas, la privatización de servicios, el cierre de camas hospitalarias, la disminución de personal sanitario, el deterioro de los servicios de urgencia hospitalaria con la masificación y el colapso de los mismos, son temas todos ellos recurrentes en la prensa escrita, en las redes y en los nuevos medios digitales.

La preocupación por la repercusión y las consecuencias de la actual crisis económica (y de las políticas de austeridad) sobre la sanidad pública se vienen poniendo claramente de manifiesto en la mayoría de sondeos, encuestas y estudios de opinión que llevan a cabo diferentes organismos e instituciones, tanto públicos como privados.

La sanidad ha pasado en los últimos años a convertirse en un motivo de preocupación, que es citado reiteradamente entre los tres principales problemas de nuestro país por más del 10% de los ciudadanos encuestados en el barómetro mensual del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); un

porcentaje que no es desdeñable en un momento de crisis en el que la sanidad compite con otras preocupaciones que, como la situación económica y el desempleo, son capaces de atraer con mucha intensidad la atención de los ciudadanos.

Entre las personas encuestadas en España para el Eurobarómetro de la Comisión Europea de marzo de 2014, un 10% de ellas señala la sanidad y la seguridad social como uno de los dos principales problemas del país. Un trabajo publicado ya en 2011 por el Observatorio de la Calidad de los Servicios Públicos de la Agencia de Evaluación y Calidad (AEVAL) indicaba que cuando a los ciudadanos se les pidió que citaran de manera espontánea los principales problemas que les afectaban, la sanidad aparecía como el quinto problema en la agenda política de los gobiernos de las CCAA.

El Informe anual del Defensor del Pueblo de España, correspondiente al año 2012 indica que, precisamente a partir de ese año, *“la situación de la sanidad ha emergido entre las principales preocupaciones de la ciudadanía.”* Entre las quejas recogidas por esta Institución destacan las referidas a demoras en la atención sanitaria, con un elevado número de pacientes que tienen que soportar tiempos de espera de meses o incluso años para ser diagnosticados o recibir tratamiento y asistencia especializada. También en el Informe correspondiente a 2013 las quejas en materia de sanidad presentadas al Defensor del Pueblo *“reflejan las consecuencias para los ciudadanos de los mecanismos de contención del gasto utilizados por el Gobierno”* (sic).

Los resultados globales del último Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad en julio de 2014 no consiguen ocultar el hecho de que se ha

producido un significativo y paulatino descenso en la confianza de los ciudadanos en la sanidad pública. En 2010 un 73,9% de la población consideraba buena o muy buena la sanidad pública; en 2011 este porcentaje bajó al 73,1%, situándose en 2012 en un 70,6%, en 2013 es el 66%; en total un descenso de casi ocho puntos en tres años. Puede decirse que la ciudadanía sigue valorando de forma positiva el sistema sanitario público y le da una buena nota general, aunque el nivel de satisfacción global cae por segundo año consecutivo desde 2004.

En resumen cabe decir que la sanidad es una política pública muy relevante para la ciudadanía, como lo demuestra el hecho de que en la mayoría de los barómetros y encuestas del CIS aparece valorada favorablemente, al tiempo que es reiteradamente citada como objeto de preocupación en cuanto a su viabilidad o calidad. Existe además una cierta relación entre el porcentaje de ciudadanos que creen que la sanidad pública es un problema y el porcentaje de los que se muestran satisfechos o no con su funcionamiento en cada territorio.

A pesar de que existe un porcentaje de ciudadanos preocupados por la sanidad, se trata de un ámbito respecto del que existe (todavía) una evaluación ciudadana mayoritariamente positiva. No obstante, el deterioro de los servicios públicos provocado en los últimos años por las políticas de ajuste presupuestario y de recortes indiscriminados que han reducido sustancialmente los recursos del sector, ha ocasionado una pérdida de confianza hacia el sistema sanitario público y un claro empeoramiento de la opinión pública sobre el funcionamiento del mismo.

En esta tesitura, tal vez no esté de más recordar,

tanto a los decisores políticos como al resto de agentes que intervienen en el sistema sanitario, que la legitimidad de la actuación pública está muy relacionada con la percepción de eficacia del sector público a la hora de satisfacer las necesidades de los ciudadanos, lo que se refleja en la satisfacción con los servicios públicos. En este sentido, los signos y síntomas no son precisamente muy alentadores...



Por lo que dicen, todos están de acuerdo en querer un sistema sanitario universal, igualitario y solidario. Por lo que hacen a la hora de ponerse a remar, no

V. HAY ALTERNATIVAS

SÍ, SE PUEDE RECUPERAR Y GARANTIZAR UNA BUENA SANIDAD PÚBLICA

Es verdad que cualquier sistema sanitario, también el español, tiene siempre posibilidades de mejorar la eficiencia a través de una mejor utilización de los recursos.

También es verdad que el SNS era uno de los sistemas más completos y eficientes del mundo hasta 2010, teniendo en cuenta el gasto en relación con el nivel de renta del país y los resultados en morbilidad y mortalidad evitable (cargas de enfermedad).

Pero, en todo caso, cualquier planteamiento estratégico de mantenimiento y mejora de la sanidad pública debe tener en cuenta la suficiencia, además de la eficiencia.

Debe haber unos ingresos justos y suficientes. A partir de ahí hay medidas que pueden ser buenas, evitando gastos innecesarios que pueden destinarse a mejorar la atención en otros aspectos. Y, en cambio, hay recortes que producen un daño real.

Desde luego, sí que hay alternativas. Sí se pueden hacer las cosas de otra manera.

La crisis financiera que estalló en 2007 era evitable, y se pueden y deben tomar medidas en ámbito europeo y mundial para prevenir que vuelva a explotar; el modelo económico y el sistema fiscal en España pueden plantearse de otra forma; debemos recuperar la progresividad fiscal.

También hay estrategias y medidas en el sector sanitario que pueden consolidar y mejorar la sanidad pública en España y en Europa.

En este apartado comentaremos varias recomendaciones para la sanidad en España.



¿QUÉ PODEMOS HACER?

UNIVERSALIDAD

En primer lugar volver a garantizar que todas las personas residentes en España tengan derecho a una buena atención sanitaria pública.

Recomendamos recuperar la universalidad en España (como antes del RD 12/2012) y completarla en la Unión Europea. Se puede derogar el RD 12/2012. Y se puede incorporar el derecho a la atención sanitaria pública en la Constitución, como derecho fundamental de la persona y no ligado al aseguramiento.

SUFICIENCIA

¿Cuánto es suficiente para costear un buen sistema sanitario?

El gasto sanitario público debe ser proporcional a la renta del país. Para una renta per cápita de más de 20.000€ defendemos un gasto sanitario público del 7,5% del PIB.

SOLIDARIDAD

¿Quién debe financiar la sanidad pública? La financiación del gasto sanitario público debe ser a través de los impuestos generales del Estado. Defendemos un modelo fiscal de impuestos progresivos en el que paguen proporcionalmente más los que más tienen. En el capítulo de análisis político desarrollamos este punto. Es precisa una reforma fiscal y el refuerzo de la capacidad recaudatoria.

EQUIDAD

En el modelo autonómico español la sanidad es un servicio transferido. La financiación de los servicios transferidos se hace a través del acuerdo de financiación y de las leyes correspondientes. Nuestra recomendación es que en el nuevo acuerdo de financiación la sanidad debe contemplar una dotación finalista, con un presupuesto per

cápita (ajustado por edades) igual para todas las CCAA. Esa cantidad se explicitaría cada año, y debería ser transferida por el Estado a las CCAA. Las CCAA deberían destinar ese presupuesto a sanidad obligatoriamente y podrían ampliarlo con recursos propios, pero no reducirlo.

REDUCIR Y RETIRAR LOS COPAGOS/REPAGOS

El repago es injusto como un modo de financiar la sanidad que penaliza a las personas enfermas y a las personas más mayores. Va contra el principio de universalidad. Nosotros recomendamos reducir progresivamente los re-pagos hasta su completa eliminación.

CARTERA DE SERVICIOS COMPLETA

El catálogo de servicios del Sistema Nacional de Salud debe incluir todas las prestaciones sanitarias para una atención completa y de calidad.

La inclusión de nuevas prestaciones debe contar con un estudio de eficacia, seguridad y eficiencia (agencia de evaluación de tecnologías sanitarias; red española y red europea).

Se debe revisar anualmente el catálogo de prestaciones proponiendo, en su caso, la retirada de prestaciones, tecnologías o procedimientos que no sean eficaces o sean menos eficientes que otras equivalente: des-inversión.

Se debe promover la utilización de genéricos y otros productos costo-efectivos.

La incorporación de nuevos medicamentos de alto coste debe realizarse con un análisis exhaustivo de coste-

efectividad. La Unión Europea debería establecer acuerdos para negociar precios justos (suficientes para financiar investigación) con las multinacionales.

Además de la autorización/desautorización y de la fijación de precios, un aspecto clave en relación con las prestaciones, tecnologías, medicamentos, etc., es su tasa de utilización. Para estimular y garantizar la utilización apropiada es importante analizar la variabilidad de la práctica médica, establecer guías clínicas solventes, apoyar la formación de los profesionales desde las instituciones, y motivar a los profesionales en el uso adecuado de las tecnologías sanitarias.

Desarrollar estrategias, planes y metodología de mejora continua de la calidad.

PROFESIONALES SANITARIOS Y ORGANIZACIÓN

En España cerca del 50% de los servicios sanitarios son de titularidad pública, por lo que es muy importante que estos servicios mejoren continuamente su calidad y productividad.

Para ello las instituciones sanitarias públicas deben mantener procesos de mejora continua, con análisis de ineficiencias y estrategias de mejora de calidad. No hay fórmulas mágicas. Muchas veces las reformas precisas son puntuales (sistemas de información, sistemas de derivación, aspectos de formación, etc.). Otras serán más globales, en el ámbito de centros sanitarios, servicios regionales o del conjunto del SNS. Siempre se puede y se debe mejorar la calidad y la eficiencia. Sistematizar la evaluación de las políticas de salud, desde el punto de vista de resultados y de costes.

Recomendamos contar con la opinión de los clínicos, de los profesionales que atienden a los pacientes. Intentar

facilitarles el trabajo. Crear un clima propicio para que desempeñen adecuadamente su labor. Facilitar su toma de decisiones (autonomía). Implicarles en la evaluación de la calidad y la eficiencia, generando procesos de mejora continua.

Cuidar la formación y selección de los profesionales y los directivos sanitarios, con criterios profesionales, de estabilidad en el medio plazo, para apoyar procesos de transformación permanente.

Mejorar la transparencia mediante información periódica estandarizada (prestaciones, calidad, seguridad). Diseñar órganos de gobierno profesionales y con participación profesional y ciudadana. Simplificar burocracia. Simplificar procedimientos.

Mejorar la coordinación entre CCAA: decisión de compras conjuntas para obtener mejores precios, análisis conjunto de grandes inversiones en edificios o grandes equipos, acuerdos en materia de condiciones laborales (procedimientos de acceso, traslados, remuneraciones, etc.).

Consolidar y reforzar la atención primaria y su papel de coordinación entre centros, servicios y niveles asistenciales, evitando duplicidades y pérdidas de tiempo.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE / PERSONA

La nueva sanidad está moviéndose desde un paciente pasivo a una persona / paciente activa. Hemos de reconocer y apoyar el nuevo rol del paciente y el ciudadano como agente sanitario principal. El sistema sanitario no puede hacerse solo “para” el paciente sino también “con” el paciente, con la persona.

Este aspecto es más importante teniendo en cuenta que la mayor parte de las cargas de enfermedad se relacionan con procesos crónicos, de larga duración. Así mismo, muchas de las causas de algunos procesos patológicos se relacionan con aspectos de la vida de la persona (hábitos alimenticios, ámbito laboral, etc.).

El sistema sanitario debe favorecer la formación de las personas para que sean agentes principales en el cuidado de su salud, en la prevención de enfermedades y la promoción de vida sana.

Al mismo tiempo, el sistema sanitario debe definir procesos de formación de los pacientes y sus cuidadores para facilitar la auto-gestión de procesos crónicos (diabetes, trastornos mentales, etc.), con el soporte de profesionales que actúan como “entrenadores” y supervisores.

En la misma línea, las organizaciones sanitarias deben favorecer la participación de los ciudadanos y las asociaciones de pacientes en el diseño de las estrategias y los planes de salud y en el control del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Este esquema de participación y responsabilidad debe incluir la educación para un buen uso de los servicios sanitarios (evitar el abuso, la sobreutilización; evitar la medicalización de la vida diaria especialmente la de los últimos años de la vida; evitar el consumismo sanitario y la demanda innecesaria); pero debe excluir utilizar el argumento de la responsabilización del paciente como excusa para transferir costes a las personas vía repagos.

Se debe evitar la propaganda en nuevas “ofertas” con propósitos electorales o para aumentar el consumo de servicios.

ATENCIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN SANITARIA BIEN COORDINADAS

El sistema sanitario debe coordinarse de forma eficaz (coordinación “fuerte”) con el sistema de servicios sociales. Las formas organizativas pueden ser distintas, pero el resultado debe ser la continuidad de la atención, la atención más cercana al domicilio o el lugar de trabajo de la persona, sistemas de información compatibles o integrados, protocolos de actuación conjunta cuando sea preciso, etc.

TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

La difusión y utilización de tecnologías de información y comunicaciones debe permitir una atención más fácil y eficiente. Generalizar la implantación de historias clínicas compatibles (primaria/especializada, CCAA, Europa), e-prescripción, e-dispensación, tele-consulta, tele-tratamiento, aplicaciones móviles, etc.

Un paciente crónico entrenado, con las facilidades de las nuevas tecnologías y el soporte de profesionales sanitarios cualificados puede llevar adelante un cuidado de su proceso desde su domicilio, lugar de trabajo o en desplazamientos, de una manera eficaz y eficiente.

Otro aspecto importante es la gestión de grandes bases de datos clínicas. España dispone del potencial para poder gestionar bases de datos de 40 millones de historias clínicas. Con una buena codificación, el potencial de información para estudios epidemiológicos, para la toma de decisiones clínicas, para la evaluación de tratamientos, para el análisis de coste-efectividad, etc., es enorme. Merece la pena realizar una inversión estratégica en la explotación inteligente de estos datos, con la garantía de control público y gestión pública de la información.

PÚBLICO PRIVADO. REFORZAR LA BUENA GESTIÓN PÚBLICA.

El debate de la gestión sanitaria viene muchas veces trucado. Se ha buscado desacreditar la sanidad pública (“es cara”, es “insostenible”, etc.) para abrir mayor hueco a la gestión privada.

Unas veces se ha incrementado el uso de conciertos mientras se disminuía la actividad en los centros públicos. Otras veces se han propiciado concesiones a largo plazo. También se ha favorecido el aseguramiento privado, buscando luego la desgravación. En ocasiones, las mutuas han drenado parte de los recursos del sistema público.

Nosotros recomendamos el reforzamiento de la gestión pública, por ser más eficiente.

Se deben evitar al máximo los intermediarios, los modelos de concesión, o la intermediación de seguros sanitarios privados en la prestación de servicios con financiación pública, que encarecen el gasto sanitario final (como muestran los ejemplos de EEUU y de Holanda).

Teniendo en cuenta la utilización negativa que se ha hecho de la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión al Sistema Nacional de Salud, proponemos su derogación.

Para reforzar el SNS, mejorar la eficiencia del sistema y prevenir desviaciones de recursos públicos hacia intereses privados, y evitar la quiebra de la equidad en el acceso a los servicios (en función de necesidad y no del subsistema de protección) se deberá realizar la integración de la asistencia sanitaria de las mutualidades y de las mutuas patronales en los servicios regionales de salud, completando así la incorporación de todos los subsistemas de atención sanitaria en el SNS.

DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA

Para lograr la mejora de la salud de la forma más eficiente, se debe potenciar la salud pública. Por eso recomendamos desarrollar la Ley General de Salud Pública en todo su potencial. En especial, se debe impulsar la Salud en Todas las Políticas, trabajo, alimentación, educación, vivienda, medioambiente, cultura y deporte, transporte, etc.

MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

MEDIDAS POSITIVAS	MEDIDAS NEGATIVAS
Cobertura universal. Derecho a la atención sanitaria pública de calidad para todas las personas residentes en España.	Reducir el derecho a la atención a personas inmigrantes. Reducir la cobertura.
Financiar los medicamentos menos caros a igual efecto terapéutico. Potenciar el uso de medicamentos genéricos. Negociar precios o realizar concursos de medicamentos y otros productos de forma conjunta en España / Europa	Retirar de la financiación pública medicamentos con utilidad terapéutica. Reducir prestaciones.
Mejorar la educación sanitaria y la promoción de la salud. Entrenar a la persona para la auto-gestión del cuidado en los procesos crónicos.	Aumentar e Introducir nuevos re-pagos para medicamentos y para otras prestaciones sanitarias
Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión eficiente de los recursos: formación, participación, guías clínicas, evaluación de indicaciones y variabilidad.	Reducir las plantillas y salarios. Aumentar la carga laboral. Des-motivar. Reducir los servicios y aumentar listas de espera.

Mantener plantillas y mejorar retribuciones.	
Mantener la inversión en mantenimiento e innovación.	Dejar de invertir en equipamiento y mantenimiento de edificios
Potenciar la salud pública	Recortar fondos para la salud pública.
Evaluación de Tecnologías Sanitarias eficaces, seguras y eficientes (inclusión/exclusión). Potenciar la inspección.	Incorporar medicamentos o tecnologías sin evidencia de mejoras de eficiencia. Reducir la inspección de servicios sanitarios
Prevenir la medicalización innecesaria y el consumismo sanitario. Reducir el uso inapropiado de servicios.	Permitir o llevar a cabo propaganda privada o pública que incentiva consumo innecesario de servicios sanitarios.
Coordinación de los Sistemas Sanitario y de Servicios Sociales	Debilitamiento del Sistema de Servicios Sociales.
Gestión pública, directa, de los servicios públicos. Recuperar los servicios públicos de gestión privada (concesiones, mutualidades, mutuas patronales, etc.).	Introducir concesiones privadas a largo para la gestión sanitaria; introducir compañías de seguros intermediarias. Privatizar la gestión.
Potenciar la Atención Primaria y la Enfermería.	Disminuir recursos en atención primaria y enfermería
Uso apropiado de las TICs, telemedicina, teleasistencia. Desburocratización.	
Mejorar la coordinación de servicios en el SNS y en la Unión Europea	
Mejorar los Sistemas de información. Aumentar la transparencia.	
Invertir en formación y en investigación	Recortar en formación e investigación

¿QUIEN DEFIENDE EL SISTEMA ESPAÑOL DE SALUD? ¿QUIEN DEBE DEFENDERLO?

Son muchos, muchos los años que costó establecer en España un Sistema de Salud universal (cuasi), gratuito (pagado por todos pero no directamente), igualitario y solidario.

Y han sido pocos, pocos los meses que les ha costado a unos Gobiernos comenzar su desmantelamiento con la excusa de los requerimientos ineludibles si se quería sobrevivir de la Unión Europea y los mercados.

Además de ello y aprovechando la ocasión están privatizando lo que pueden, probablemente lo que ya tenían en mente y era su objetivo

Es importante darse cuenta de ello, se han acabado los tiempos en que creíamos que la defensa de ese Sistema universal y solidario la asumían casi todas las fuerzas políticas. Mentira, la cabra tira al monte y obedece a su pastor.

Entonces ¿puede servir volver a lo anterior cuando hemos visto que tardan pocos meses en cargárselo?

¿Se podría blindar por ley el Sistema Nacional de Salud con sus derechos y prestaciones cuando hemos visto lo que se tarda en cambiar una Ley incluso la Constitución cuando lo requieren determinados intereses?

Sí y no.

Sí, porque es necesario volver a recuperar

los derechos y prestaciones lo antes posible porque la gente está sufriendo ahora, hoy, como vemos en otros apartados de este libro y no puede esperar.

No, porque visto lo visto hay que trabajar profundamente en integrar el derecho a la protección de la salud en el ADN de los ciudadanos que de hecho ya lo está, pero sin la conciencia de que si no se defiende se puede perder como sucede actualmente. Hay que conseguir que los costes de todo tipo que tenga para un Gobierno el ataque al Sistema de Salud sean tan importantes que no puedan permitirse hacerlo aunque sus intereses le requieran a ello.

Sigan ustedes sabiendo que mucho más temprano que tarde se abrirán las grandes alamedas por donde pase el hombre libre para construir una sociedad mejor

Salvador Allende



VI. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA



Adiego, M., Levy, H., Burgos, M. J., Paniagua, M. M., Pérez, T. (2013). *Euromod Country Report: Spain (ES) 2009-2012*. Disponible en: https://www.iser.essex.ac.uk/files/euromod/country-reports/Year4/CR_ES2009-2012FINAL.pdf. [consultado 26/7/2014]

Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la calidad de los Servicios (AEVAL). Ministerio de la Presidencia. Madrid.

Allard, C., Brooks, P. K., Bluedorn, J. C., Bornhorst, F., Christopherson, K., Ohnsorge, F., et al. (2013). *Toward a fiscal union for the European Area*. Washington, D.C.: International Monetary Fund. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2013/sdn1309.pdf> [consultado 19/7/2014]

Bacigalupe A, Escolar A. The impact of economic crisis on social inequalities in health: what do we know so far? *International Journal for Equity in Health* 2014, 13:52 Doi: 10.1186/1475-9276-13-52

- Barómetros mensuales del Centro de Investigaciones Sociológicas. CIS
Disponibles en:
http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp [consultado 19/7/2014]
- Barómetro Sanitario del Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) *Disponible en:*
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm> [consultado 19/7/2014]
- Bartoll X et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014 Jun; 24(3): 415-8 Doi 10.1093/eurpub/ckt208.Epub2013Dec23
- Black W (2010). Public policy issues revised by the report of the Lehman Bankruptcy Examiner. Statement before the Committee of Financial Services. United States House of Representatives. April 20, 2010.
- Black W (2013) How to rob a bank (from the inside, that is). Ted Talks, Sep 2013.
http://www.ted.com/talks/william_black_how_to_rob_a_bank_from_the_inside_that_is#t-1023218 [consultado 3 Ago 2014]
- Bloom D, Canning D, Sevilla J (2004), The Effect of Health on Economic Growth: a production function approach, *World Development*, Vol 32, No 1
- Cantó, O. (2013). Los efectos redistributivos de las políticas públicas de carácter monetario: un análisis de microsimulación con Euromod. En: Ruiz-Huerta Carbonell (director). *Primer Informe sobre la desigualdad en España* (pp. 193-241). Madrid: Fundación Alternativas.
- Chesney E et al (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-view. *World Psychiatry*, 2014 Jun; 13(2): 153-60
- CNN en Español (2012, 16 de enero). Rajoy: No podemos gastar lo que no tenemos [vídeo]. *CNN en Español*. Disponible en:
<http://cnnespanol.cnn.com/2012/01/16/rajoy-no-podemos-gastar-lo-que-no-tenemos/> [consultado 26/7/2014]
- Comisión Europea (2014). *Indicadores de salud* [página web]. Bruselas: UE. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm
 [consultado el 1 de marzo de 2014]
- Comisiones Obreras (2014). Propuesta de reforma del sistema tributario: por un sistema fiscal equitativo que contribuya a la creación de empleo y garantice la protección social y el acceso a bienes y servicios básicos. *Cuadernos de Información Sindical*, 41, 1-66.

- Disponible en http://www.pv.ccoo.es/comunes/recursos/16/1806245-Propuesta_de_reforma_del_sistema_tributario.pdf.
- Council of Europe (2014). European Social Charter. *European Committee of Social Rights: Conclusions XX-2, 2013 (Spain)*. Disponible en: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/State/SpainXX2_en.pdf. [consultado 5/7/2014]
- Defensor del Pueblo (2013). Informe Anual a las Cortes Generales 2013. Defensor del Pueblo
- De Hert M et al (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medication and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011 Feb; 10(1): 52-77
- Del Llano Señarís, Juan, Álvaro Hidalgo Vega y Santiago Pérez Camarero (2006). *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?* Disponible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/Barometros_sanitarios.pdf [consultado 26/7/2014]
- Dobs, L. (2005, 19 de junio). Buffet: There are lots of loose nukes around the world. *CNN International*. Disponible en: <http://edition.cnn.com/2005/US/05/10/buffett/index.html>. [consultado 19/7/2014]
- El Mundo, EFE, jueves, 2 de octubre 2003
<http://www.elmundo.es/mundodinero/2003/10/01/Noti20031001124756.html> [consultado 3/8/204]
- Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. Presentación. Principales resultados. MSSSI 2014.
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf> [consultado 20/7/2014]
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Portal Crisis y Salud.
<http://www.easp.es/crisis-salud/inicio/presentacion> [consultado 12/7/2014]
- Espino, A (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2014; 34 (122), 385-404
- Eurobarómetro de la Comisión Europea. Special Eurobarometer 413. "Future of Europe", 2014
http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm [consultado 27/7/2014]

- Eurofond (2013). *Tackling undeclared work in 27 European Union Member States and Norway: Approaches and measures since 2008*. Dublin: Eurofond. Disponible en:
http://www.protisiviekonomiji.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2013/si_va_ekonomija/Tackling_undeclared_work_in_27_EU_MS_and_Norway.pdf. [consultado 5/7/2014]
- Euromod (2013). *Distribution and decomposition of disposable income in the European Union; tax-benefit systems: 27 EU countries with year 2007-2010 policies*. Essex: Euromod. Disponible en:
https://www.iser.essex.ac.uk/files/euromod/Statistics/WebStatistics_Sep2012.pdf. [consultado 5/7/2014]
- European Commission (2014). Taxation and customs union: the missing part [página web]. Disponible en:
http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/tax_fraud_evasion/missing-part_en.htm [consultado el 12 de mayo de 2014].
- European Commission (2014). *Health Indicators* [página web]. Brussels: EC. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm [consultado el 3 de marzo de 2014].
- European Parliament (2013). Committee on Economic and Monetary Affairs. Report on Fight against Tax Fraud, Tax Evasion and Tax Havens. (2013/2060 (INI)).
- European Union (2006). Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. (2006 / C 146/01). Official Journal of the EU 22/ 6 /2006; C 146 / 1.
- Eurostat Statistics Database
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/national_accounts/data/database [consultado el 25/7/2014]
- Eurostat Statistics Database
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database [consultado el 10/7/2014]
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014-1). *Definition and endorsement of criteria to identify priority areas when assessing the performance of health systems*. Brussels: European Commission. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/002_criteriaperformancehealthsystems_en.pdf.
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014-2). *Definition of a frame of reference in relation to primary care with a*

- special emphasis on financing systems and referral systems.*
Brussels: European Commission. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/001_definitionp_rimarycare_en.pdf.
- Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014-3). *Health and economic analysis for an evaluation of the public-private partnerships in health care delivery across Europe.* Brussels: European Commission. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_assessme ntstudyppp_en.pdf.
- Fantini M.P. et al (2012). Amenable mortality as a performance indicator of Italian health care services. *BMC Health Services Research* 2012. 12:310
- Figueras J, McKee M (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Europe. 2012.
- Fundación Alternativas (2013). 1er Informe sobre la desigualdad en España, 2013. Fundación Alternativas, Madrid.
- Fundación FOESSA (2014). Comité Técnico de la Fundación FOESSA. Los indicadores sociales. En: Precariedad y cohesión social. Análisis y alternativas. Fundación FOESSA y Cáritas, 2014.
- García-Altés A, Ortún V (2014). Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit*; 28(S1): 31-36.
- Gay JG, Paris V, Devaux M, de Looper M (2011). Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. OECD Publishing: OECD Health Working Papers N° 55; 2011
- Gestha. Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda. (2011). *Reducir el fraude fiscal y la economía sumergida: una medida vital e imprescindible para superar la crisis.* Madrid: Gestha. Disponible en:
<http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2011/reducir-el-fraude-fiscal-y-la-economia-sumergida.pdf> [consultado el 5/7/2014]
- Gili M et al (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.* 2014; 28(S1): 104-108.
- Gregor, J. (2014, 26 de abril). Hélène Langevin-Joliot: "Recortar en ciencia es, incluso, terrorismo" [entrevista]. *Cadena Ser.* Disponible en: <http://www.cadenaser.com/ciencia/articulo/helene-langevin-joliot-recortar-ciencia-incluso->

- terrorismo/csrcsrpor/20140426csrcscie_1/Tes [consultado el 6/7/2014]
- Hernández I, Lumbreras B (2014). Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit* 2014; 28(S1): 24-30.
- Horton R, Lo S (2013). Investing in Health: why, what, and three reflections. *The Lancet Communications*. December 3, 2013. P 1898.
- Iglesias P (1904). *Las Organizaciones de Resistencia*. Biblioteca de "El Socialista". Establecimiento Tipográfico de I. Calleja. Madrid, 1904.
- Irwin, N. (2014, 22 de abril). How underpaid german workers helped cause Europe's debt crisis. *New York Times*. Disponible en: http://www.nytimes.com/2014/04/23/upshot/how-underpaid-german-workers-helped-cause-europes-debt-crisis.html?_r=0 [consultado el 6/7/2014]
- IMF (2014). *Global Financial Stability Report*. April 2014. International Monetary Fund.
- Jakab, Z. (2013). *Addressing the economic crisis in the context of Health 2020: Health systems in times of global economic crisis*. Oslo, 17-19 April 2013 [presentación audiovisual]. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.slideshare.net/who_europe/addressing-the-economic-crisis-in-the-context-of-health-2020 [consultado el 13/7/2014]
- Joosens, E., Wahrig, L. (2012). *Tax revenue in the European Union, 2011 data*. *Eurostat Statistics Focus*, 55/2012. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-055/EN/KS-SF-12-055-EN.PDF [consultado el 6/7/2014]
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*, 383, 748-53.
- Lagarde Ch (2014). Economic Inclusion and Financial Integrity- an address to the Conference on Inclusive Capitalism. London, May 27, 2014. <http://www.imf.org/external/np/speeches/2014/052714.htm> [consultado el 25/7/2014]
- Lamata, F. (2014). *Blog de Fernando Lamata* [blog]. Disponible en: <http://fernandolamata.blogspot.com.es>.
- Lamata, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

- Legido Quigley, H, Otero, L., La Parra, D., Álvarez Dardet, C., Martín Moreno, J. M., McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish Health Care System? *BMJ*, 346, f2363.
- Legido Quigley, H, Urdaneta, E., González, A., La Parra, D., Muntaner, C., Álvarez Dardet, C. et al. (2013). Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*, 382(9909), 1977.
- López Bernal, A, Gasparini, A., Artundo, C. M., McKee, M. (2013). The effect of the late 2000 financial crisis on suicide in Spain: an interrupted time-series-analysis. *European Journal of Public Health*, 23(5), 732-736.
- López Casasnovas, G. (2012). Crisis económica, regresión de renta, desigualdades en salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 14, 43-44.
- López-Casasnovas G, Maynou L, Saez M. Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators (2014). CRES-UPF Working Paper #201401. January 2014.
- Martín García, M. (2014). *El copago sanitario: resultados para el sistema sanitario y los pacientes* [Documento de Trabajo 183/2014]. Madrid: Fundación Alternativas.
- Ministerio de Economía y Competitividad (2014). Actualización del Programa de Estabilidad. Reino de España 2014-2017. http://www.mineco.gob.es/stfls/mineco/comun/pdf/Estabilidad_2014_2017.pdf [consultado el 27/7/2014]
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2014). *Financiación autonómica* [página web]. Madrid: MHAP. Disponible en: <http://www.minhap.gob.es/ES-ES/AREAS%20TEMATICAS/FINANCIACION%20AUTONOMICA/Paginas/Financiacion%20Autonomica.aspx> [consultado el 14 de marzo de 2014].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Portal Estadístico del SNS* [página web]. Madrid: MSSSI. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm> [consultado el 28 de abril de 2014].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recetas Facturadas del Sistema Nacional de Salud. Datos anuales <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm> [consultado el 26/7/2014]
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, E., et al. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe* [Policy Summary, 5]. Geneva: World Health Organization, 2012.

- Nolte E, McKeen M, Evans D, Karanikolos M (2012). Saving lives? The contribution of health care to population health. En: Health Systems, Health, Wealth and Societal well-being. Figueras J, McKee M. Open University Press, 2012.
- Oliva, J., Peiró, S., Puig-Junoy, J. (2013). Sistema Nacional de Salud y propuesta de reformas: más allá del ruido y de la furia. *Derecho y Salud*, 23(nº extraordinario), 6-18. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202013/DyS%202013%20Oliva.pdf>. [consultado 5/7/2014]
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). Mortality rates from all causes of death, 2010 (or nearest year) [tabla]. En: *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: OECD. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/888932702993>. [consultado 6/7/2014]
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2012). *Looking to 2060: long-term global growth prospects* [OECD Economic Policy Papers, 3]. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *Health at a Glance: OECD indicators*. Paris: OECD. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Society at a Glance: OECD social indicators*. Paris: OECD. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2014-SocietyAtAGlance2014.pdf>
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (2014). Focus on top incomes and taxation in OECD countries: was the crisis a game changer? Directorate for employment, labour and social affairs. OECD 2014.
- Ortega, F., Lamata, F. (1998). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: ExLibris Ediciones.
- Oxfam Intermón. Tanto tienes, ¿Tanto pagas? Fiscalidad justa para una sociedad más equitativa. Informe Oxfam Intermón N°35. Mayo 2014.
- Piketty, Thomas (2014). *Capital in the Twenty-First Century*. Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge 2014.
- Pérez G. et al (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. Gac.Sanit. 2014; 28(S1): 124-131.

- Puig-Samper, F. (2013). *El gasto sanitario en España* [Cuadernos de Información Sindical, 36]. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Disponible en: http://www.ccoo.es/comunes/recursos/1/1737174-Cuaderno_de_Informacion_Sindical_n_36.pdf. [consultado 12/7/2014]
- Rajmil L et al. Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach. *BMJ Open* 2013, 3:1-9
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, 98, 31278-31312. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Marmot, M., Stuckler, D. (2013). Austerity or not? UK coalition government budgets and health inequalities. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(11), 432-436.
- Repullo JR (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.* 2014; 28(S1): 62-65.
- Rivera, A. (2014, 22 de abril). Jean-Pierre Borghignon, presidente del Consejo Europeo de Investigación: "El éxito científico de España ha caído por falta de financiación" [entrevista]. *El País*. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/22/actualidad/1398192507_757284.html.
- Ruiz-Huerta Carbonell, J. (director). (2013). *Primer Informe sobre la desigualdad en España*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Ruiz-Jiménez, J. L., García Blanco, D., Sastre Paz, M., Pérez Alonso, E. (2012). Economía, crisis y austeridad, ¿cuál es su coste en salud? *Comunidad*, 14(2), pp.16-18. Disponible en: http://www.osalde.org/website/sites/default/files/Economia_Crisis_Austeridad_Juan_Luis_Ruiz-Gimenez.pdf. [consultado 19/7/2014]
- Ruiz-Ramos M et al (2014). Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.* 2014; 28(S1): 89-96.
- Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M.K., Vos, T., Flaxman, A.D., Lopez, A. D., Murray, C. J. L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2144-2162. Disponible en: <http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673612616900> [consultado el 4/5/2014]

- Salomon JA et al (2012). Country rankings for healthy life expectancy at birth in 2010 [table]. En: Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M.K., Vos, T., Flaxman, A.D., Lopez, A. D., Murray, C. J. L. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* , 380(9859), 2144-2162. Disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673612616900/table?tableid=tbl4&tableidtype=table_id§ionType=red [consultado el 5/7/2014]
- Sanabria A y Medialdea B (2014). La crisis de la deuda en España: elementos básicos y alternativas. En: Precariedad y cohesión social. Análisis y alternativas. Fundación FOESSA y Cáritas, 2014.
- Sánchez Bayle, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España* [Documento de Trabajo, 182/2014]. Madrid: Fundación Alternativas.
- Sardà J (2014). La economía sumergida pasa factura. El avance del fraude en España durante la crisis. Fundación Universitat Rovira i Virgili, GESTHA. Madrid, enero 2014: <http://cd00.epimg.net/descargables/2014/01/29/323fc63650907548f7491c007d999b03.pdf> [consultado el 12/7/2014]
- Schneider, F. (2012). *Size and development of the shadow economy of 31 European and 5 other OECD countries from 2003 to 2012: some new facts*. Linz: Johannes Kepler University. Disponible en: http://www.econ.jku.at/members/Schneider/files/publications/2012/Sha dEcEurope31_March%202012.pdf [consultado 12/7/2014]
- SER (2014, 21 de abril). Bankia indemnizará a un matrimonio que compró preferentes en la oficina donde trabajaba su hija. *Cadena Ser Emisoras Radio Valencia*. Disponible en: http://www.cadenaser.com/espana/articulo/bankia-indemnizara-matrimonio-compro-preferentes-oficina-trabajaba-hija/csrcsrpor/20140421csrcsrnac_5/Tes [consultado 6/7/2014]
- Sevilla F (2006). La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de trabajo 86/2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social, 2006.
- Silver-Greenberg J, Corkerry M (2014). In a Subprime Bubble for Used Cars, Borrowers pay Sky-High Rates. *The New York Times*, 19 Julio 2014.
- Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana (2013). Resonancias Magnéticas: una oportunidad de ahorro. Auditoría operativa de

- conciertos sanitarios: evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión del concierto de resonancias magnéticas. Ejercicios 2008-2012. Valencia, 2013.[http://www.sindicom.gva.es/web/informes.nsf/0/D595A815BF2C52E2C1257B26002F43E9/\\$file/C_AO_RM.pdf](http://www.sindicom.gva.es/web/informes.nsf/0/D595A815BF2C52E2C1257B26002F43E9/$file/C_AO_RM.pdf) [consultado 5/5/2014]
- Stein, B. (2006, 26 de noviembre). In class warfare, guess which class is winning. *The New York Times* Disponible en: http://www.nytimes.com/2006/11/26/business/yourmoney/26every.html?_r=0. [consultado 6/7/2014]
- Suhrcke M et al. Economic cost of ill health in the European Region. En: Health Systems, Health, Wealth and Societal well-being. Figueras J, McKee M. Open University Press, 2012
- Stuckler, D, Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills*. New York, NY: Basic Books.
- Thornicroft G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 441-442
- Urbanos R, Puig Junoy J (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.* 2014; 28(S1):81-88.
- Vázquez ML et al (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gac.Sanit.*2014; 28(S1): 142-146.
- Walbeck K et al (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2011: 199: 453-458
- Wang, C., Caminada, K., Goudswaard, K. (2012). El efecto redistributivo de los programas de transferencias sociales y de los impuestos: un análisis por países. *Revista Internacional de la Seguridad Social*, 65(3), 31-54.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- World Health Organization. (2005). *Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad* [Resolución de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud]. Geneva: WHO. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23111/1/WHA58_33-sp.pdf?ua=1.

World Health Organization. Regional Office for Europe (2013). *Health, health systems and economic crisis in Europe: Impact and policy implications (draft for review)*. Copenhagen: WHO. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/Health-and-economic-crisis-in-Europe4.pdf?ua=1.

World Health Organization. Regional Office for Europe (2013). *The European Health Report 2012*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization. (2014). *European Observatory on Health Systems and Policies* [página web]. Copenhagen: WHO. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory> [consultado el 3 de mayo de 2014].

World Health Organization. World Health Statistics 2014. Geneva, 2014: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf [consultado el 3 de agosto de 2014]

CRISIS (NUESTRA, ECONÓMICA, DEL SISTEMA SANITARIO, EDUCATIVA), PERO NO DE INFORMACIÓN

José Manuel Estrada

Se dice que en tiempos de censura la mente se agudiza y los intelectuales sacan lo mejor de sí mismos y publican sus obras maestras. Lo mismo parece ocurrir en tiempos de crisis económica. Hablamos de crisis económica, de crisis del sistema sanitario, de crisis del modelo educativo, de crisis de valores, de crisis del sistema político (por acciones desmesuradas de corruptos y privilegiados), pero de lo que no podemos hablar es de crisis de la información. No tenemos más que entrar en Internet y descubrir una inmensa maraña de autores, instituciones, webs y recursos que, con mayor o menor fortuna, nos informan (y desinforman) de esta crisis. Como existe una maraña de términos que nos permiten dar con la información que buscamos (eso sí, una maraña de términos en inglés o en español, pues según busquemos en un idioma u otra vamos a encontrar muy diferentes resultados): financial crisis, austerity, recortes, gasto sanitario, crisis económica, economic recession....

La primera característica de la información es que hoy ésta no está ya sólo disponible en las bibliotecas y centros de documentación, sino sobre todo en Red, con un condicionante técnico y económico claro: aquel país, institución o individuo que no pueda costear su acceso tecnológico a Internet está mucho más desinformado que aquel que sí lo pueda hacer.

actualización). Pero si nos quedáramos también sólo en este escalón, el de la literatura gris que generan las instituciones y que hacen visible en formato pdf en sus páginas webs, estaríamos dejando también fuera de nuestra lectura otra información a día de hoy posiblemente efímera, discutible por su carácter más informal que formal, sesgada por sus firmas y autorías, pero muy válida (aunque sin revisión por pares) por sus firmas, por su autoría y por sus ideas frescas, valientes y sin cortapisas. Es la información que voluntariosamente muchos profesionales expertos lanzan cada día y cada semana, cada mes, a esta vorágine de internet en forma de blogs, tuits y youtubes o cualquier otro producto relacionado con las redes sociales (si uno busca “health crisis”, uno podría toparse con más de un millón trescientas mil entradas en blogs, más de 950 mil páginas web, miles de tuits tan sólo en los últimos días...). Complicado poder identificar de forma rápida lo más relevante o no tanto, tan sólo intuición y criterio. Intuición para saber dónde se cuece la información relevante relacionada con esta crisis y criterio para discernir los expertos en la materia de los meros aprendices. Es cuestión de tiempo y paciencia, pero como la madera, la información de calidad acaba flotando.

VII. APÉNDICES.

1. Cosas que creemos que tienen que estar – Son 10 cosas

1. El “sinsentido”

Artículo 135 Constitución Española (*modificado BOE 27 de septiembre de 2011*)

1. Todas las Administraciones Públicas adecuarán sus actuaciones al principio de estabilidad presupuestaria.

2. El Estado y las Comunidades Autónomas no podrán incurrir en un déficit estructural que supere los márgenes establecidos, en su caso, por la Unión Europea para sus Estados Miembros.

Una Ley Orgánica fijará el déficit estructural máximo permitido al Estado y a las Comunidades Autónomas, en relación con su producto interior bruto. Las Entidades Locales deberán presentar equilibrio presupuestario.

3. El Estado y las Comunidades Autónomas habrán de estar autorizados por Ley para emitir deuda pública o contraer crédito.

Los créditos para satisfacer los intereses y el capital de la deuda pública de las Administraciones se entenderán siempre incluidos en el estado de gastos de sus presupuestos y su pago gozará de prioridad absoluta. Estos créditos no podrán ser objeto de enmienda o modificación, mientras se ajusten a las condiciones de la Ley de emisión.

2. El “discurso”

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

5403 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

... la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento en todo el territorio nacional, el crecimiento desigual en las prestaciones del catálogo, la falta de adecuación de algunas de ellas a la realidad socioeconómica y la propia falta de rigor y énfasis en la eficiencia del sistema han conducido al Sistema Nacional de Salud a una situación de grave dificultad económica sin precedentes desde su creación. Se ha perdido eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias. Se hace, pues, imprescindible la adopción de medidas urgentes que garanticen su futuro y que contribuyan a evitar que este problema persista...

... Los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que la sanidad pública no puede obviar por más tiempo de una situación claramente incompatible con su imprescindible sostenibilidad y que, al mismo tiempo, ha acarreado consecuencias gravemente perjudiciales para el empleo y la viabilidad de los sectores empresariales que con él se relacionan.

... a la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad...

... Será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal...

3. Las “medidas”



Fuente: e-RAS. “El descosido”

4. Alguna opinión de Instituciones y Organismos. El Consejo Económico y Social

(...) Durante 2012 se intensificaron las consecuencias de la crisis en prácticamente todas las esferas de la realidad social, económica y política, al tiempo que se desarrollaban cambios sociales y demográficos de profunda relevancia para el futuro, mientras se aprobaba una sucesión de reformas en el marco del cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria, con importantes repercusiones en el ámbito de las políticas sociales desarrolladas en todos los niveles territoriales.

En un país con más de una cuarta parte de su población activa desempleada, el paro y sus negativas repercusiones se han instalado en la vida cotidiana de cada vez más personas, mientras los ingresos y las condiciones de vida se están viendo deteriorados de manera importante. El paro es inequívocamente percibido por la población como el principal problema que existe en estos momentos (80,7 por 100), seguido de los problemas de índole económica (35,5 por 100), siendo también los que más afectan personalmente a una mayor proporción de encuestados (52,9 por 100 y 34,1 por 100, respectivamente). Además, tras cinco años de crisis, emergen indicios preocupantes de riesgo de pérdida de bienestar colectivo, entendido en un sentido amplio, pues está aumentando el malestar social, el desapego hacia las instituciones y la desconfianza hacia el futuro, lo que puede estar traduciéndose en un aumento del umbral de exigencia de los ciudadanos respecto a las responsabilidades y la actuación de los poderes públicos. En 2011, se mantenía todavía un elevado nivel de satisfacción con los servicios públicos sectoriales, por ejemplo, en los servicios vinculados con el transporte público, la enseñanza y la sanidad pública —si bien en otros, como la administración de justicia, ocurría lo contrario. Un escenario social en que aumenta el malestar y la sensación de fatiga tras cinco años de dificultades y sacrificios económicos, que

siguen afrontando día a día las familias, requiere mayores esfuerzos en prestar atención a la equidad, la calidad y la eficiencia en la gestión de unos recursos cada vez más escasos, en un entorno de crecientes necesidades sociales.

La crisis está transformando en profundidad las estrategias de vida de los individuos y las familias. Ello no solo se proyecta, en la gestión de su presupuesto familiar, en lo que se refiere a sus decisiones de inversión, ahorro y consumo —cuya eclosión tanto se asoció en los años de la expansión económica a la mejora de la calidad de vida material— sino en decisiones tan trascendentales como dónde y con quién viven. Muestra de ello es el continuado descenso de la tasa de emancipación de los jóvenes o algunas estrategias de reagrupación familiar, como consecuencia de las dificultades de acceso o mantenimiento de la vivienda y finalmente, el aumento de las situaciones de exclusión social.

Al mismo tiempo, se están acelerando y agudizando cambios sociodemográficos de importantes consecuencias económicas y sociales a medio y largo plazo. La tendencia más destacable por sus consecuencias de largo alcance sigue siendo el envejecimiento de la población, impulsado por los avances de la esperanza de vida, una natalidad que ha acelerado su descenso en el contexto de la crisis, al igual que lo que parece ser un cambio de signo de los flujos migratorios (...)

CES Memoria 2012. Capítulo 3, calidad de vida y protección social.

5. Alguna opinión de Instituciones y Organismos. Oxfam

LA TRAMPA DE LA AUSTRERIDAD

...Los programas de austeridad europeos han desmantelado los mecanismos que reducen la desigualdad y hacen posible

un crecimiento equitativo. Con el aumento de la desigualdad y la pobreza, Europa se enfrenta a una década perdida. Si las medidas de austeridad siguen adelante, en 2025 entre 15 y 25 millones de europeos más podrían verse sumidos en la pobreza. Oxfam lo sabe porque ya ha sido testigo de situaciones similares. Existen claras semejanzas entre estos programas de austeridad y las ruinosas políticas de ajuste estructural impuestas en América Latina, el Este Asiático y África subsahariana en las décadas de 1980 y 1990. Estas políticas fueron un fracaso; un tratamiento que pretendía curar la enfermedad matando al paciente. Esto no debe repetirse. Oxfam hace un llamamiento a los gobiernos europeos para que abandonen las políticas de austeridad, y a cambio opten por la senda de un crecimiento inclusivo que favorezca a las personas, las comunidades y el medio ambiente...

...CONCLUSIÓN

Esta crisis ha dejado al descubierto un desequilibrio de poder: los sistemas financieros disfuncionales que dieron origen a la crisis han salido de ella prácticamente indemnes, pero el coste de sus actos ha acarreado consecuencias negativas para toda la población, especialmente para los más vulnerables. Los gobiernos han respondido con un modelo de austeridad y ajustes que apenas ha generado crecimiento, pero que sin embargo está aumentando la desigualdad y la pobreza. Para cuando los países recuperen el crecimiento, las políticas de austeridad habrán debilitado tanto los mecanismos de reducción de la pobreza y la desigualdad que los ricos serán los mayores beneficiarios de la recuperación económica.

Para poder influir en las políticas gubernamentales, la ciudadanía europea y mundial debe aumentar su participación política. Necesitamos un cambio de rumbo que

evite a Europa una década perdida. Necesitamos un nuevo modelo económico y social que invierta en las personas, fortalezca las instituciones democráticas y desarrolle un sistema fiscal justo y progresivo que favorezca a las personas, las comunidades y el medio ambiente.

*174 Informe de Oxfam Septiembre de 2013
vwww.oxfam.org*

6. Opiniones “Sanitarias”. La OMC

COMUNICADO DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, APROBADO POR LA ASAMBLEA GENERAL CELEBRADA EL 28 DE ENERO DE 2012 LOS MÉDICOS NOS REBELAMOS FRENTE A LOS RECORTES

1. La crisis económico-financiera ha llevado al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una situación crítica que requiere buscar soluciones desde las máximas instancias políticas de nuestro país.

2. Como consecuencia de los recortes, nuestro SNS vive una situación de dificultad sin precedentes que hace difícil su funcionamiento, que se está aprovechando para modificar las condiciones laborales y retributivas de los médicos de una forma permanente e irreversible.

3. La profesión médica no debe aceptar recortes en la financiación sanitaria que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia a sus pacientes, especialmente cuando sus efectos recaen en los más pobres, débiles, ancianos, desfavorecidos e indefensos.

4. El médico debe rechazar los recortes indiscriminados, desproporcionados, denunciar sus consecuencias y rebelarse ante ellos. Los médicos estamos obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

5. Los médicos y los ciudadanos deben participar en el buen uso de los servicios sanitarios. Contribuir de forma proactiva en mejorar la eficiencia y la calidad del SNS, ofreciendo nuestra colaboración y compromiso en la toma de decisiones, harán que las medidas a tomar no incidan negativamente en la asistencia.

6. La profesión médica ha reclamado reiteradamente un gran acuerdo político que permita introducir las reformas y cambios necesarios para mejorar el funcionamiento del SNS en el que han de participar los profesionales y la ciudadanía.

7. La precariedad laboral y la falta de oportunidades obliga a los médicos a buscar trabajo fuera de España, lo que supone un despilfarro económico e intelectual.

8. Estamos muy preocupados sobre las consecuencias de los recortes en dos colectivos médicos especialmente vulnerables por ser el futuro del SNS como son los médicos en formación MIR y los médicos dedicados a investigación.

9. A pesar de la situación de crisis y los recortes del SNS la defensa sin reservas de la calidad del Acto Médico, es parte fundamental de nuestro compromiso y responsabilidad con nuestros pacientes y con la sociedad en su conjunto.

7. Opiniones “Sanitarias” La SEMFYC

ANÁLISIS ÉTICO ANTE LA RETIRADA DE ASISTENCIA SANITARIA A INMIGRANTES SIN PERMISO DE RESIDENCIA

Documento elaborado por el Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

La situación generada por la retirada súbita del derecho a la asistencia sanitaria completa en el SNS a personas sin permiso de residencia, que hasta ahora tenían reconocido este derecho, plantea cuestiones en las que existen conflictos entre principios éticos que afectan a los médicos de familia, tanto en su condición de profesionales como de ciudadanos.

El ejercicio de la profesión médica conlleva unas obligaciones éticas de las que los médicos no pueden desprenderse a conveniencia personal, de la organización, ni siquiera de las disposiciones gubernamentales. Como ciudadanos, los médicos de familia pueden y deben tener una posición en relación con normas que afectan de manera muy relevante el contenido de su labor.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, como asociación civil, debe asumir su responsabilidad social y liderazgo; como órgano de representación profesional, si finalmente se concluye que la norma que nos ocupa puede estar atentando contra principios éticos profesionales básicos, debe posicionarse públicamente y realizar propuestas concretas, tanto en el sentido de tratar de influir para que la norma se modifique, como en el de informar a sus asociados sobre procedimientos encaminados a atenuar sus efectos sobre los pacientes afectados por ella, entre los que se encuentra la posibilidad de la objeción de conciencia.

8. A la calle que ya es hora...



9. El penúltimo, algo menos serio

“Anoche entró un ladrón en casa, buscaba dinero, me levanté de la cama y nos pusimos a buscar los dos”

10. Otra aportación personal

Y LLEGARON LOS TIEMPOS OSCUROS

*“...y llegaron los tiempos oscuros
en que todas nuestras conquistas fueron destruidas
por las hordas de ciegos mercenarios
al servicio del poder del dinero/*

*una vez más la esperanza
tuvo que buscar refugio en la cueva más honda
para evitar que la codicia la arrasara
borrando su memoria/*

*y hubo que guardar silencio,
lejos de las cosas,
de manera que el silencio nos devolviera
la conciencia sencilla del amor
y el sentido cabal de la palabra/*

*parecía ya todo perdido/
pero la vida es más fuerte que la muerte,
si le damos aliento/*

*la vida renace en medio de la roca más dura
con hojitas de hierba*

*besadas por gotas de rocío
antes de que salga el sol
tras las montañas/*

*y con ese hilo de vida
se empieza a tejer
la trama de un futuro
más allá de este tiempo mezquino
que desgrana los días fríos del invierno
mientras los especuladores se reparten
la comida de los niños hambrientos/*

*porque la vida necesita ser
y se abre paso/*

*y ¿qué si no
es esa sonrisa que se abre en tu boca
e ilumina de golpe a todas las estrellas?/*

*por eso desde mi viejo corazón te digo
que no es invencible la codicia,
que el amor es más fuerte
si le dejas/*

y que así como entonces fue posible

*también hoy
mujeres y hombres unidos como hermanos
levantarán todos juntos, codo a codo,
la bandera inmortal
de la Justicia".**

**Fragmentos de poema encontrados en las ruinas de
Babilonia, junto a la Puerta de Ishtar*

Felicitación de Navidad 2013 Fernando Lamata

2. Hablamos de personas. Estos 8 textos nos han impactado.

1. La historia de Alpha Pam

Alpha Pam, ciudadano senegalés de 28 años, residente desde hace 8 años en España y a pesar de ello sin tarjeta sanitaria, inició su periplo por los centros de salud 6 meses antes de su fallecimiento. Acudió en más de 7 ocasiones al Centro de Salud de referencia, CS Can Picafort. Su situación no mejoró durante todo este tiempo, a pesar de las continuas visitas.

En el mes de marzo, el joven se dirigió de nuevo a este centro de atención primaria acompañado por un amigo. Se le facilitó medicación, pero nunca se le verbalizó diagnóstico alguno. Además, el facultativo que le atendió le indicó que acudiera al Hospital de Inca, a fin de que le fueran realizadas unas placas.

Debido a que no contaba con tarjeta sanitaria no puso ser derivado al especialista, por lo que no tuvo otro remedio que acudir a urgencias hospitalarias. Todo indica que esta derivación responde a que ya se contaban con indicios de la enfermedad padecida.

El enfermo acudió a finales de marzo al Hospital de Inca, donde no es atendido por carecer de tarjeta sanitaria. Esta situación se repite el 4 de abril, negándosele por segunda vez la atención. El 13 de abril, el enfermo vuelve a acudir a este mismo hospital con un acompañante, donde, tras protestar insistentemente, finalmente es atendido durante cinco minutos. Le obligan a firmar un compromiso de pago, pero no se le practica prueba alguna, ignorando la petición del facultativo del centro de salud. Los medicamentos genéricos que le facilitan (augmentine oral,

amoxicilina y paracetamol, entre otros) no le causan ningún efecto.

Su estado de salud denotaba indicios claros de enfermedad, con grandes dolores torácicos, temblores continuos que se prolongaban durante horas, escalofríos, náuseas y cansancio extremo. En ningún momento se decidió su ingreso, lo cual está relacionado con su situación documental (sin tarjeta sanitaria), ya que si le fueron denegadas unas simples placas, mucho más un ingreso hospitalario.

El paciente fallecido siempre tomó la medicación prescrita, según los consejos de los facultativos.

El 24 de abril, Alpha Pam muere en su casa de Santa Margalida en medio de un gran charco de sangre, como consecuencia directa de la tuberculosis.

La policía es avisada y visita el domicilio, derivando el caso a la Guardia Civil, quien abre diligencias y se incauta de toda la documentación sanitaria del fallecido. El compañero de piso de Alpha Pam acudió a declarar ante la Guardia Civil.

Tomado de: ODUSALUD – Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana Informe nº 4. Datos recopilados de Abril-Mayo 2013

2. A la espera de plaza en el psiquiátrico

La pasada semana perdí a mi hija de 15 años. Decidió morir para poder vivir.

En una situación como esta surgen muchos “porqués”. La mayoría no tienen respuesta. Eso causa un dolor inevitable. Pero el que se podría evitar, y a mí ahora mismo más me hiere, es el que producen las preguntas, que sí tienen respuesta, sobre una prescripción médica que el

propio sistema sanitario no ha atendido: ¿Por qué estaba en lista de espera de un hospital de día especializado para adolescentes? ¿Por qué no estaba ya ingresada en un hospital psiquiátrico? Porque no hay plazas. Tenía un reciente informe de alta aconsejando el hospital de día y un informe de su psiquiatra valorando su situación como prioritaria para ingresar y, sin embargo, continuaba fuera.

Los médicos y personal sanitario de la unidad psiquiátrica de adolescentes del hospital Gregorio Marañón y del centro de salud mental de Collado Villalba que la han ayudado han sido impecables. Tanto el doctor Blasco como la doctora Moreno no solo son excelentes profesionales, sino grandes personas. No tengo más que palabras de agradecimiento por su interés, su trato, su cariño hacia mi hija y por su dedicación dentro y fuera de su horario laboral. Pero a pesar de esto, mi hija no estaba donde tenía que estar; ellos no pudieron hacer más. Son médicos, no técnicos. Ellos se enfrentan a diario con la falta de plazas de psiquiatría para adolescentes. María Seco Martínez. El País 21 de marzo 2014 Carta al Director

3. Nadie nos pidió un estado de cuentas, una tarjeta de crédito o un recibo pagado.

Gracias al nuevo trabajo de Marta, en el verano de 2009, después de siete meses viviendo en casa de sus padres, pudimos alquilar una casa en las afueras de Breda. Era una casa antigua, pero tenía un patio con árboles y un garaje bastante grande, que se convirtió en la nueva redacción del caféamblyet. La situación de la revista no era para tirar cohetes, pero los cambios que habíamos hecho nos permitían seguir saliendo puntualmente cada mes. Ese mismo verano contratamos a Manoli, una vecina de los padres de Marta, para que se ocupara de vender anuncios para la revista. Parecía que el caféamblyet volvía a

estabilizarse, y ahora solo hacía falta que yo pudiera cobrar un sueldo.

El verano pasó, llegó el otoño y con el invierno llegó uno de los momentos más duros de nuestras vidas. En noviembre de 2009 uno de los niños cogió una meningitis bacteriana. El 30 de noviembre fue operado en el Hospital Sant Joan de Déu. Fue una de esas operaciones que salen en las películas, donde los médicos te dicen que es a vida o muerte. Nos dijeron también que, si sobrevivía, podría sufrir graves secuelas.

Pasamos el mes siguiente en los pasillos del hospital. Un hospital de niños es uno de esos lugares que hay que ver. Hay que ver las caras de los niños enfermos, las caras de las familias que durante cinco semanas esperan a las puertas de la UCI a que un niño de seis años dé señales de mejora, los padres recibiendo la noticia de que el niño se está poniendo mejor, la noticia de que el niño se muere... Marta y yo vimos en una pequeña sala de espera cómo unos padres se derrumbaban, literalmente, solo con ver la cara del médico entrando por la puerta. Nunca lo podremos olvidar. Nunca podremos olvidar tampoco que, en ningún momento, a lo largo de ese mes en que el niño luchó por su vida, nadie nos pidió un estado de cuentas, una tarjeta de crédito o un recibo pagado. Ni a nosotros, ni a ninguna familia a la que se le estuviera muriendo el hijo.

El 28 de diciembre de 2009 el niño salió por su propio pie y sin secuelas. Quien haya vivido una situación similar, quien haya salvado la vida gracias a la atención recibida en un hospital, sabe que a partir de ese día estará agradecido a aquel hospital, a aquellos profesionales, a aquellas personas hasta el último día de tu vida.

Como os podéis imaginar, Marta, yo y toda la familia estábamos muy, muy felices, y poder esperar juntos los reyes magos de aquel año, con el niño sano y salvo, era el mejor regalo que podíamos pedir. Aparte de eso, era

emocionante saber que vivíamos en un país donde cualquier niño, independientemente de la situación económica de su familia, recibiría la atención médica necesaria. Éramos muy conscientes de que la atención que recibimos no la hubiéramos podido pagar nunca en un sistema sanitario privado. Ni nosotros, ni ninguna familia de clase media o media alta.

Del capítulo 2 de Artur Mas ¿Dónde está mi dinero? Crónica de una batalla por la sanidad pública. Marta Sibina y Albano Dante. Cafeamlet.com.

4. El calvario de Jolly





Pag. 1

FACTURA

Nº Factura	Data Factura
N.I.P.J. C.I.F. Client	s/ Referència

Client	
BARCELONA	
España	

Cod.	Descripció	Data	Quantitat	IVA	Preu	Dia.	Import
1008	VISITA A URGÈNCIES		1		223,00		223,00

Factura de 223 euros por una visita a urgencias del Clínic.

La Instrucció 10/2012 del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya se emitió para dar cobertura sanitaria a las personas excluidas tras la aplicación del inhumano Real Decreto 16/2012 del Ministerio de Sanidad. En la práctica, requisitos de la misma Instrucció fomentan la

exclusión y no garantizan el acceso universal a la salud que la Instrucció anunciaba preservar.

Aurelia enseña la montaña de informes médicos y derivaciones a varios hospitales de su amigo **Jolly Bolisay**, diagnosticado con un cáncer de pulmón y que falleció. Jolly ingresó en noviembre de 2013 en el Hospital de Terrassa, donde recibió una parte del tratamiento. Dada su buena evolución, se le dio el alta para que prosiguiera con un control ambulatorio.

"Le dijeron que en una semana debía ver a su oncólogo para la quimioterapia", cuenta Aurelia. Allí empezó el calvario de Jolly; al no tener la tarjeta sanitaria, no podía solicitar visita con un oncólogo y proseguir con su tratamiento. "Necesitaba la tarjeta sanitaria y el empadronamiento", recuerda **Aurelia**. Jolly se fue a casa y, a finales del mes de noviembre, cuando se encontró mal, volvió a urgencias, en Pere Camps, donde se le recomendó de nuevo visitar a su oncólogo para el tratamiento. Regresó otra vez a casa sin poder ir al especialista y a finales de diciembre acudieron a urgencias de nuevo, esta vez al Hospital del Mar. "Como tenía mucho dolor llamé a una ambulancia y ellos no nos preguntaron por la tarjeta sanitaria. Vieron que estaba muy mal y lo ingresaron. Luego sí que le dieron visita en consultas externas". El último ingreso se realizó a finales del mes de enero. "En noviembre me dijeron que le quedaban dos años de vida y falleció en seis meses. ¿Qué puedo hacer?". Explica que en el hospital todavía no han establecido la causa exacta de su fallecimiento.

La burocracia que mata

Aurelia cuenta que su amigo llevaba más de veinte años en España, había trabajado en la construcción y había tenido la tarjeta sanitaria. Al no renovar el permiso de residencia, automáticamente se le canceló la antigua tarjeta sanitaria. Según la Instrucció 10/2012, para tramitar una

nueva tarjeta sanitaria debía actualizar su empadronamiento y demostrar una antigüedad en el padrón de un mínimo de tres meses. A Jolly la burocracia le había declarado la guerra. Su pasaporte, requisito imprescindible para el empadronamiento, había caducado y tardaba dos meses en tramitarlo. Formalizar todos los trámites hubiera supuesto unos seis meses de espera. En todo este periodo no podía acudir a un oncólogo, solo al servicio de urgencias.

<http://www.publico.es/actualidad/518212/me-dijeron-que-le-quedaban-dos-anos-de-vida-y-fallecio-a-los-seis-meses>

5. Lágrimas de vergüenza

Soy médico; cardiólogo, de esos que ponen “*muellas*” a los pacientes cuando sufren un infarto. Nuestro trabajo me encanta, pero recientemente salí del hospital un poco más triste que antes.

Un paciente que ya habíamos atendido previamente ingresó de nuevo con un segundo infarto y, al mirar sus arterias, encontramos que el *stent*, el *muelle*, implantado unos meses antes, se había trombosado, provocando un segundo infarto mucho más grave que el primero.

Mientras intentábamos reparar de nuevo su arteria enferma, nos aseguró que seguía tomando sus pastillas, pero la relación entre la trombosis de prótesis endovasculares y el abandono del tratamiento es tan alta que, ante nuestra insistencia, terminó por reconocer que lo había dejado dos meses atrás. La situación es muy sencilla: no tiene trabajo, cobra exclusivamente los cuatrocientos euros de la ayuda extraordinaria para desempleados y el tratamiento le costaba más de cien euros mensuales. Tiene mujer, sin empleo, y un hijo pequeño.

"O comemos, o tomo las pastillas".

Allí mismo, este hombre se puso a llorar. Lágrimas silenciosas, sin aspavientos. Lloraba de miedo ante la proximidad de la muerte o de algo peor; pero, sobre todo, lloraba de vergüenza, de tener que mentir a su médico porque no se atreve a reconocer que no tiene suficiente para pagar el tratamiento que éste le receta.

Durante el último año, hemos visto esta misma situación en repetidas ocasiones. En demasiadas, creo. Nunca antes, en muchos años de ejercicio profesional, nos habíamos encontrado con algo así. Además, si todo se redujera al dinero, el gasto sanitario que supone una trombosis de *stent* supera en muchas, muchas veces el gasto farmacéutico del tratamiento complementario.

No es él quien tiene que llorar de vergüenza. No lo es.

11/04/2014, saludadiario.es, Maximiliano Diego, *Miembro de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca (ADSP)*

6. Miguel Ángel se ha suicidado en Granada.

En la Chana, un barrio pobre de las afueras. Los agentes que iban a proceder al desalojo preguntaron por él cuando aún colgaba de una soga en el patinillo de la casa donde había vivido. Las redes sociales no han parado desde entonces en su incendio de ceniza y nieve. Se ahorcó desolado, pensando que nadie podía ayudarlo. Hay más de medio millón de familias en lista de espera. Parar los desahucios, pararlos como sea; he dicho como sea. No sé si es importante, pero era amigo y vecino, y se llamaba realmente José Miguel. No podemos evitar, tal como están las cosas, un grito de rebelión extrema: o ellos o nosotros. El rey dice que la política del Gobierno rinde ya sus frutos. "Extraños frutos", cantó desgarrada Billie Holiday ante los árboles miniados de negros ahorcados. Es duro ser negro. ¿Lo ha sido alguna vez? Yo lo fui una vez, cuando era

pobre. Aunque se llamaba José Miguel, todo el mundo lo conocían en el barrio como Domingo, su primer apellido. Nada más que añadir. Twitter off.

Desahucio, de Felipe Alcaraz. Del libro *En legítima defensa. Poetas en tiempos de crisis*, 229 escritores españoles se unen para lanzar su particular arma contra los recortes: la palabra. Bartleby Editores

7. Un niño galego

Fiebre alta

El Sergas «estudará pormenorizadamente o caso» que ayer motivó una protesta formal en el Hospital da Costa, en Burela. Ni confirma ni desmiente la protesta de una madre inmigrante de un bebé español. Acudió a urgencias del hospital preocupada por la fiebre, catarro persistente, mocos y llanto imparable de su hijo de dos años. En el mismo centro donde lo parió, no pasó de la ventanilla de admisión. La tarjeta sanitaria del bebé está en trámite y en la provisional no consta derecho a asistencia. Así solo la consultarían si pagaba y, lamenta, se negaron a comprobar en el ordenador el «error» en la carta que le envió la Seguridad Social. Marchó por donde había entrado. Angustiada, le contó lo sucedido a un vecino, que regresó con ella al mismo hospital, donde al final vieron al chaval.

Nació en el mismo hospital

A última hora de la tarde, ya en su casa, el niño continuaba llorando, tosiendo, con mocos y fiebre. Pero ya había sido diagnosticado y tratado; no en urgencias del Hospital da Costa, sino en el anexo para urgencias de primaria, el PAC de Burela. Ahí no tuvo ningún problema para acreditar que su hijo sí está cubierto por la sanidad pública.

Según la inmigrante caboverdiana y el vecino que la ayudó, el pequeño tiene DNI y número de la Seguridad Social como ciudadano español. Nació en el hospital de Burela, localidad donde residen ellos y cientos de inmigrantes; muchos, caboverdianos, los primeros en asentarse y que aún continúan llegando.

Rondaba la una de la tarde cuando llegó por primera vez con su hijo a urgencias del Hospital da Costa. Al ver que «querían cobrarme» y que no recibiría ayuda médica si no aceptaba pagarla, la inmigrante optó por marchar. Con la preocupación lógica, llamó por teléfono a su asistente social, quien, tras acreditarlo, le confirmó que su bebé tiene derecho a sanidad gratuita.

Una escueta queja

Acompañada por su vecino, regresó al hospital. Como pasaban de las tres de la tarde, de las urgencias de primaria se ocupa el PAC de Burela. Ahí recibió la ayuda médica que pedía. Cuenta la inmigrante que a su hijo lo atienden sin problemas en otros centros sanitarios de Burela, incluido el propio Hospital da Costa, y de A Coruña.

En urgencias del hospital quedó ayer registrada una escueta queja, motivada porque «no atendió a un niño español en servicios de urgencias del día 30-04-2014 sobre las 13.00-13.30 horas». Prevén concretar los detalles el lunes, en el departamento de atención al paciente.

El Sergas investigará y valorará lo ocurrido, con idea de responder «en el plazo más breve de tiempo». Sobre lo ocurrido, a las autoridades sanitarias les parece que, en realidad, «o importante é que o neno foi atendido, supoñemos ben, e agardamos que mellore e se recupere do problema de saúde».

Le tocaba su pediatra

Como aún no habían abierto los PAC, que empiezan a las tres de la tarde, la inmigrante caboverdiana tendría que pedir asistencia por primera vez a su pediatra, no en el hospital, aseguran.

<http://yosisanidaduniversal.net/afectados.php/lqueria-n-cobrar-me-por-atender-a>

8. Un poco de esperanza y epílogo.

Parece difícil transmitir esperanza con estos testimonios, por eso buscamos también los positivos. Pocos hemos encontrado, solo puntualmente. Probablemente no se publican porque “no son noticia”. Pero, es evidente que el sistema sanitario público sigue funcionando y dando servicio a los pacientes, a los ciudadanos. Sabemos que miles de profesionales en toda España no han perdido su excelencia y se esfuerzan día a día en la atención. Y sabemos que llegado el caso, si hace falta, se echan a la calle a defender el Sistema (nuestro Sistema) Nacional de Salud.

Sí que hay alternativas y además “también se canta en los tiempos sombríos”.





VIII ANEXO: UN ANÁLISIS POLÍTICO

EL NUEVO CAPITALISMO FINANCIERO

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA EL VIEJO CAPITALISMO INDUSTRIAL NACIONAL (VCIN), DEL NUEVO CAPITALISMO FINANCIERO GLOBAL (NCFG)?

En el “viejo capitalismo”, que nace con la industrialización, y que tiene ámbito nacional (VCIN), el capitalista aportaba capital y asumía un riesgo para producir bienes y servicios. Fabricaba zapatos, o tornillos. Compraba maquinaria, medios de producción, que requerían capital, y contrataba trabajadores, a quienes muchas veces conocía personalmente. La plusvalía generada, en el modelo capitalista, se atribuía al capital. El obrero recibía un salario. Era considerado un factor de producción. El obrero era necesario para hacer funcionar las máquinas, producir y generar los bienes que al venderse darían un beneficio.

El viejo capitalismo industrial nacional, el “capitalismo de fábrica”, tenía una vinculación fuerte con su país de origen. En su ciudad, el empresario era conocido y era importante, dueño de una fábrica, que podía ser mecenas de las artes, que hacía donativos a su Iglesia, que pagaba sus impuestos en el país, etc.

Frente a los abusos del capitalismo industrial los trabajadores se organizaron y lucharon para defender sus derechos como personas.

Los trabajadores planteaban que no eran un “factor de producción” sino que eran el origen de la generación de

valor (la inteligencia, la habilidad, el esfuerzo) contenido en el producto, y por lo tanto tenían derecho a parte del valor añadido, de la plusvalía que se generaba en las ventas. El capitalismo suponía la alienación de los trabajadores. La lucha obrera se planteó en las fábricas, reclamando los derechos “expropiados” por el capital, mejoras de salarios o de condiciones de trabajo (reducción de jornada, etc.). La fuerza de los trabajadores se canalizó a través de manifestaciones y de huelgas. Las huelgas hacían daño al empresario porque paraban la cadena de producción, causaban pérdidas y podían hundir la empresa haciéndola salir del mercado. A veces se ganaba y a veces se perdía. Estas luchas exigían un enorme sacrificio y mucho riesgo para los trabajadores y sus familias. Por eso Pablo Iglesias, fundador del Partido Socialista Obrero Español, advertía: “Los trabajadores no deben declarar las huelgas porque tengan razón para ello, sino cuando cuenten con probabilidades de ganarlas”.

En el siglo XIX y parte del XX el objetivo del movimiento obrero era lograr la abolición del sistema de producción capitalista, suprimiendo la propiedad privada, nacionalizando los medios de producción, y sustituyendo la economía de mercado por la planificación social (estatal). Este objetivo se alcanzó mediante la revolución en Rusia y posteriormente en China, Cuba y otros países.

Otra estrategia, además de la lucha en la fábrica, fue la de participación en la acción política, en los Parlamentos Nacionales. Y aquí se planteó otro objetivo diferente: lograr conquistas para los trabajadores de forma progresiva y generalizada a través de las leyes. Nació así la socialdemocracia, con el objetivo de avanzar hacia un reparto más justo de los frutos del trabajo entre el capitalista y los trabajadores, mientras se lograba superar el capitalismo. Unas leyes tenían que ver con el propio ámbito laboral: jornada máxima, salario mínimo, trabajo de los menores, seguridad laboral. Otras tenían que ver con políticas

sociales, una forma de salario “indirecto”: vacaciones pagadas, baja laboral retribuida, retiro obrero (pensiones), sanidad pública, educación pública, etc. Con las reivindicaciones sindicales en las fábricas y con la acción parlamentaria, las organizaciones obreras y los partidos socialistas en cada uno de los países, tuvieron una enorme capacidad de transformación (reforzados por la amenaza de la revolución comunista de Rusia).

La estrategia reformista abandonó, en la segunda mitad del siglo XX, el objetivo de suprimir la propiedad privada de los medios de producción y el capitalismo como sistema económico. Asumió que la economía de mercado asignaba mejor los recursos (respondiendo a las demandas individuales y sociales, a las preferencias de compra, y asignando precios) y aceptó que la propiedad privada y el ánimo de lucro, eran un motor para el esfuerzo individual y social. Pero, al mismo tiempo, “socializó” parte de los beneficios que el sistema capitalista atribuía al capital a través de los impuestos, y redistribuyó la plusvalía “socializada” por vía de políticas sociales financiadas con recursos públicos. Es decir, recuperó para el trabajador parte de la propiedad de los frutos de su trabajo que hasta entonces habían sido asignados completamente al capital, mediante un proceso de redistribución de rentas y servicios. En Europa occidental, a finales del siglo XX, los ingresos y gastos públicos alcanzaban el 40-50% de la riqueza nacional. Este equilibrio funcionaba razonablemente bien.

Además, el horror y el sufrimiento de la Segunda Guerra Mundial, la sensación de vulnerabilidad y la solidaridad que despertó, y el ánimo de superación desde los escombros de Europa, que a lo largo de su historia había conocido el auge y la caída de imperios antes invencibles, fortalecieron el sentimiento (en todas las clases sociales) de que teníamos que trabajar juntos por unos Derechos que eran de todos: la libertad, la paz y la justicia social. La Declaración de los Derechos del Hombre de 1948 expresó

ese “contrato” que se recogería de una u otra forma en las Constituciones nacionales.

En definitiva, a lo largo del siglo XX, con las luchas de los movimientos sindicales junto con otros colectivos, y con la participación de los partidos de izquierda y partidos democráticos en los Parlamentos Nacionales, se socializaron parte de los beneficios empresariales. La negociación colectiva mejoró las condiciones de trabajo, jornadas y salarios. Los impuestos sobre los beneficios y sobre las propiedades de los capitalistas, fijados por los Parlamentos Nacionales, sirvieron para repartir la plusvalía a través de políticas sociales: seguridad social, sanidad, educación, servicios sociales.

Las cosas han cambiado.

El Nuevo Capitalismo Financiero Global no tiene fábricas, son fondos de inversión.

No contrata trabajadores, y no los conoce, ni a ellos ni a sus familias, no genera productos, bienes y servicios que satisfacen necesidades de personas, no fabrica zapatos ni tornillos. Se limita a asignar el capital entre la producción de distintos bienes y servicios y entre distintos países. Mueve dinero de un lado a otro con el objetivo de ganar más dinero en la compra y venta de dinero y de “productos financieros”, aunque sea a costa de destruir fábricas y millones de empleos. Es un capitalismo de casino y no es totalmente nuevo, ya J.M. Keynes se refirió a él usando este calificativo tras el gran aumento de los movimientos internacionales de capitales que se había producido en los años 30 del siglo pasado. El Fondo de inversión puede ser un fondo de pensiones de origen norteamericano, chino,

alemán o de cualquier país o paraíso fiscal. Los ejecutivos de estos fondos y de la banca, y de grandes conglomerados industriales, no suelen ser los propietarios de la “empresa”, los “capitalistas”. Son altos ejecutivos, “empleados” cuya remuneración está ligada al aumento del volumen de ventas y los beneficios a corto plazo aunque la empresa en cuestión y la economía real se hundan. No hay una proporcionalidad entre el beneficio y el riesgo, o la innovación industrial, o los empleos creados, o el servicio creado. La lógica de este capitalismo es distinta. “Atacan” empresas o países, hacen que disminuya su valor financiero, compran cuando están en el suelo, y venden en cuanto recupera parte de su valor real, multiplicando sus ganancias.

O peor aún: piden prestadas acciones sin desembolsar dinero. Las venden (y cobran el precio al valor actual). Mientras venden difunden información de que esa empresa va a caer. Cuando las acciones caen en picado compran “realmente” acciones al mínimo valor. Y entonces las devuelven a quien se las prestó. En el proceso han ganado mucho dinero, y quizá hayan producido la destrucción de miles de puestos de trabajo en esas empresas.

O peor aún: además de hacer una operación especulativa comprando determinadas acciones, hacen un seguro por si esa operación va mal. La ganancia si cobran el seguro será mayor que si la empresa en cuestión va bien. Entonces apuestan (y realizan intervenciones, información, ventas estratégicas) para que vaya mal, y se hunda.

En el camino se han destruido industrias, servicios sociales, sanidad, empleo, ¿quién responde? Estos fondos de inversión no están localizados. Son oficinas de pocos empleados, con internet y programas de compra venta de valores en bolsa. Ese ejecutivo de inversión puede ganar varios millones de euros al año. Sin riesgos. Este

capitalismo tiene más fuerza que el industrial: la ganancia que genera en valores “virtuales” (productos financieros) es decenas de veces más grande que el valor de los dividendos que genera la producción “real” de bienes y servicios en todo el mundo. El valor de uso de un bien o servicio (su capacidad de satisfacer necesidades o resolver problemas), que es la base del capitalismo industrial, ha sido desplazado brutalmente por el valor de intercambio; un valor que ha perdido su relación con el valor de uso, y tiene su sostén en la expectativa de que otro lo compre para ganar dinero con la compra-venta. Son títulos, papeles, dinero, cuyo precio lo fijan artificialmente los mercados de capitales.

Por otra parte, este nuevo capitalismo virtual está ahora fuera de control. En el capitalismo fabril estaba muy claro quienes se tenían que unir para reivindicar sus derechos. El ámbito de lucha normalmente no iba más allá de la fábrica o el sector al que perteneciera y siempre dentro de las fronteras nacionales. Hoy, ese ámbito se ha ampliado a escala global y exigiría la unión y coordinación de la presión de los consumidores y ahorradores a escala planetaria, cosa de momento harto complicada. Al mismo tiempo, los gobiernos suelen tener una dimensión y voluntad inferiores a las necesarias para compensar esa asimetría en la capacidad de lucha, presión y negociación de unos y otros.

Frente al Viejo Capitalismo Industrial Nacional los trabajadores estaban ganando la partida. Los derechos laborales y las condiciones de trabajo habían mejorado notablemente. Por otro lado, los ingresos públicos (que suponían en EU-27 un 44,1% en 2011) podían financiar las políticas sociales en condiciones de estabilidad. El problema se plantea cuando se produce una crisis como la que estamos viviendo (2007-2014), cuya consecuencia (no la causa) es un déficit fiscal y un aumento de la deuda, que sirve de coartada para recortar prestaciones sociales. De un plumazo, en apenas 48 meses (desde mayo 2010) se quitan

derechos (se aumenta la jornada laboral, se aumenta la edad de jubilación, se reducen salarios, se reduce la paga en situación de enfermedad, etc.), se quita parte de la plusvalía que llegaba a los trabajadores y las familias a través de servicios públicos (sanidad, servicios sociales, educación, que pierden calidad). Pero estas no son decisiones del empresario industrial nacional. Es una decisión de los gobiernos y los Parlamentos nacionales, tomada bajo la presión del Nuevo Capitalismo Financiero Global, que se expresa bajo el eufemismo de “los mercados”, y las “primas de riesgo”. ¿Dónde están los “mercados”? ¿A quién deben protestar los trabajadores? ¿Con quién deben negociar los sindicatos? No es fácil porque no se sabe dónde radican quienes realmente toman las decisiones y, en muchos casos, no están sometidos a leyes de Parlamentos Nacionales.

En términos históricos, la esfera de la financiación domina a la esfera de la producción del mismo modo que antes de la Revolución Industrial era la esfera de la distribución la que dominaba a la esfera de la producción. Por eso, como veremos más adelante, la respuesta desde la política económica en algunos países, principalmente Alemania y Japón y, posteriormente China, ha sido la vuelta a las políticas mercantilistas propias del siglo XVII. Estas políticas consistían básicamente en mantener los salarios artificialmente bajos normalmente creando una depresión interna, para generar competitividad global del país.

Los valores y las alianzas que permitieron crear en el siglo XX un Modelo Social Europeo, con libertad, y con paz, se han roto.

Los agentes que negociaron y pactaron acuerdos, no son hoy los interlocutores válidos (al menos no solo ellos), y

no rigen las reglas de juego que sirvieron entonces. El mundo ha cambiado.

Desde el Viejo Capitalismo Industrial Nacional al Nuevo Capitalismo Financiero Global, han cambiado dos cosas muy importantes:

En primer lugar, la naturaleza del negocio. De la fábrica industrial al espacio virtual de los fondos de inversión. La lucha obrera en la fábrica ya no tiene fuerza, porque el Fondo de Inversiones no fabrica nada y no le pueden parar la “cadena de producción”. El trabajador que ve que hacen un ERE en su fábrica y envían a casa a 200 empleados, no puede hacer huelga a los Fondos de Inversiones que están alterando los precios de la deuda, la confianza de los consumidores y su capacidad de compra, etc. El empresario local, el empresario industrial, el empresario de la economía real, está sufriendo el mismo proceso de asfixia por los fondos de inversiones. Por eso las organizaciones sindicales en los centros de trabajo pierden credibilidad y pierden fuerza. Porque el esfuerzo de sus movilizaciones no se traduce en resultados eficaces (recordemos la cita anterior de Pablo Iglesias: hacer huelga cuando se pueda ganar).

La vieja relación de poder entre el mercader y el artesano prefabriles vuelve a repetirse tras una breve interrupción histórica de dos o tres siglos.

En segundo lugar, el ámbito de actuación. La regulación nacional no puede controlar las decisiones o los efectos de los movimientos de los fondos de inversión y de los paraísos fiscales. No puede condicionar sus operaciones. Y no puede gravar la plusvalía a través de los tributos (desde el inicio de la crisis en 2007 se está hablando de crear los impuestos sobre las transacciones financieras; todavía no hay acuerdo en la UE y EEUU). Los partidos políticos que actúan en parlamentos nacionales y regionales, pierden fuerza, pierden credibilidad.

Las dos armas del antiguo movimiento obrero y los partidos de izquierda frente al capitalismo industrial no sirven. Ni en España, ni en Europa.

La desregulación del sector financiero a partir de los años 80, avalada por las teorías de la Escuela de Chicago, y lideradas por Thatcher y Reagan, junto al nuevo capitalismo y su enorme poder han provocado tanto un aumento de la inestabilidad económica al favorecerse los ciclos de inversión especulativa como una nueva correlación de fuerzas en la que el capital, al que no se ha sabido o querido controlar está ganando la partida.

¿QUIEN CONFORMA LA NUEVA CLASE SOCIAL?: LOS EJECUTIVOS FINANCIEROS (LOS LOBOS DEL WALL STREET)

El nuevo capitalismo financiero mantiene el esquema de propiedad privada y la posibilidad de que millones de personas participen en la propiedad de las empresas comprando acciones. Son millones de pequeños capitalistas. Se mantienen también los grandes propietarios, que detentan los principales paquetes de acciones. Pero aparece una nueva clase social: los ejecutivos financieros y de las grandes corporaciones. Estas personas toman las decisiones de las empresas. Influyen en la caída de sectores enteros de la economía real de los países. Y cobran en función de cada operación. Suba o baje la bolsa, ellos siempre ganan.

La desregulación y descontrol de sistema retributivo de altos ejecutivos (especialmente sector financiero), con fuertes incentivos ligados al volumen de operaciones, hace que el conjunto del sistema económico esté sometido al riesgo de las decisiones de personas cuyo objetivo no es la mejora de la economía real, sino ganar en sus apuestas de casino en busca del beneficio a muy corto plazo.

Puede haber un directivo de una entidad financiera, con un sueldo de varios millones de euros al año, que deje a la entidad quebrada y necesite más de 20.000 millones de euros del contribuyente para salir a flote, y que cobre además un “finiquito” o una “pensión” o unos “bonus” de 20, 30 o 60 millones de euros.

A veces, estos enormes beneficios se canalizan a través de empresas instrumentales y paraísos fiscales, con lo que no tributan, no aportan al conjunto de la sociedad.

Es preciso descubrir cuáles son las alianzas y los intereses comunes en la inmensa mayoría de la sociedad.

¿Pero cuál es esa inmensa mayoría y cuáles son sus intereses?

UNA NUEVA SOCIEDAD

El éxito del desarrollo social y económico en España y en Europa, consecuencia en buena medida de la acción de los movimientos de izquierda, ha provocado transformaciones de fondo en la configuración de la sociedad.

Logramos aumentar la esperanza de vida al nacer, de menos de 40 años a más de 80. Erradicamos el hambre. Conseguimos que todas las personas tuvieran derecho a la atención sanitaria pública y a la escuela pública. Establecimos un modelo laboral razonablemente justo. Creamos una sociedad libre, con elecciones democráticas, libertad de expresión y reunión.

Pero esos logros tan positivos, ese éxito, tuvo también consecuencias imprevistas.

La sociedad española a comienzos del siglo XXI es muy diferente a la de principios del XX. Es mucho más diversa, fragmentada, interclasista, individualista, y desconcertada.

¿Quiénes somos? ¿A qué aspiramos? ¿Podemos compartir un proyecto común?

La población empadronada en España era en enero 2014 de 46,7 millones.

¿Cuáles son los grandes grupos sociales?

Empresarios y trabajadores por cuenta propia

En el segundo trimestre de 2014 había en España 17,35 millones de personas ocupadas. De ellas, cerca de tres millones son empresarios, empleadores o autónomos.

Los trabajadores asalariados son 14,5 millones. Muchos de ellos (unos 4 millones) con contrato temporal. Es decir, los asalariados suponen un 31% de la población total.

El peso relativo de los diferentes sectores de producción ha cambiado radicalmente en un siglo. El 74% de los asalariados trabaja en el Sector Servicios. De estos, alrededor de 3.000.000 son empleados del sector público (sanidad, educación, servicios sociales, etc.). Solo un 4,5% trabaja en la agricultura. En la Industria trabaja el 14% de los asalariados y en la construcción un 7%.

La mayor parte de los asalariados en España se sienten de “clase media”.

Si a principios del siglo XX la mayoría de la población era analfabeta, hoy solamente se declaran así un 2,26%. Un

26,5% de la población tiene Educación Primaria. Un 46% tiene Educación Secundaria. Un 24,6% tiene Educación Superior. Hay seguridad social, sanidad universal, educación obligatoria, viviendas más dignas. No se pasa hambre, con lo que la esperanza de vida al nacer pasa de 37 años en 1900 a 82 en 2011, una de las 5 más altas del mundo.

La principal referencia social, asociativa, es la propia familia. Muchos de ellos son pequeños accionistas en bolsa (mini-capitalistas). Pero muchos de ellos también son de clase baja. Mileuristas. Con contratos temporales y sensación de precariedad. Con hijos que pueden estar en paro, o trabajando en la construcción o la hostelería, y con otros que están estudiando en la universidad o ya son catedráticos, empresarios, etc. En el sector industrial y en la Administración pública hay más estructura sindical. Son empresas más grandes.

¿Es esta la misma “clase obrera” que la de 1900?

Desde luego que no. Pero además hay nuevas “categorías sociales” de enorme importancia y peso social.

Los parados

En el primer trimestre de 2014, según la Encuesta de Población Activa, en España había 5,9 millones de personas en paro, un 25,7% de la población activa. En menores de 25 años la tasa de paro alcanza al 54%. Esta generación joven se encuentra en una situación muy complicada. Después de vivir una infancia con muchas expectativas, en una sociedad que ofrecía oportunidades y una economía que crecía en los años 90 y 2000, se encuentra sin salida profesional. Es una generación bien formada, bien preparada, pero que ve cómo se está quedando fuera del circuito de empleo y se siente desorientada, aunque no pierde la esperanza.

La economía sumergida

Aprovechando la situación de crisis y la dificultad para encontrar empleo estable, se genera y potencia un sector muy importante de economía sumergida en España. Se ofrecen empleos basura, con salarios bajos, muchas horas, total disponibilidad.

Los pensionistas

Hay cerca de 9 millones de personas en España que cobran una pensión pública (de jubilación, viudedad, orfandad o invalidez). Estas personas han trabajado y han impulsado el desarrollo económico de nuestro país. Ahora pueden disfrutar un retiro con relativa estabilidad. Durante la crisis, la pensión ha sido en muchos casos el sustento de los hijos o los nietos. Los pensionistas tienen cada vez más actividad social y participación política.

Los inmigrantes

A principios de 2014 viven en España 5 millones de extranjeros, cerca del 10,7% de la población. Así como en los años de crecimiento (1995-2007) vinieron cinco millones de inmigrantes respondiendo a la fuerte demanda de puestos de trabajo en la construcción, agricultura y otros servicios, desde que ha empezado la crisis se han ido más de medio millón.

Los estudiantes

Más de 9 millones de niños y jóvenes están estudiando, casi un millón y medio en la Universidad. Los estudiantes son un 19,5% de la población. Hace un siglo

esto era inimaginable. Su influencia social es importante. Su forma de relacionarse es muy distinta a la de las generaciones anteriores. Las redes sociales son su espacio natural.

Las amas de casa

Un 10% de la población total son mujeres en edad de trabajar que no buscan empleo asalariado, sino que desarrollan su actividad en el hogar, en el cuidado de la familia. Pero desde hace más de 30 años comenzaron a asociarse, impulsando movimientos importantes como los Consumidores, que movilizan demandas sociales de calidad y seguridad, y han adquirido enorme importancia.

Los dos extremos

Los nuevos capitalistas financieros, super-ricos, son un 0,1%.

Un 2% de la población acude a comedores sociales todos los días. Un 2% vive en infravivienda. Uno de cada 2.000 no tiene donde dormir.

Vivimos una sociedad compleja, desvertebrada y desorientada. ¿Cuál es el rumbo? ¿Quiénes son mis aliados? ¿De quién me puedo fiar?

De la misma manera que el nuevo capitalismo ha cambiado, también ha cambiado la sociedad. Pero así como los nuevos capitalistas tiene clara su hoja de ruta, la sociedad está más desorientada. Todo ha ido muy deprisa.

Ahora que la soberbia de los soberbios, el dinero de los ricos y el poder de los poderosos vuelven a celebrarse con tan obscuro descaro, es tal vez el momento... de acordarse del valor de quienes carecen de soberbia, de dinero y de poder, y sin embargo viven con dignidad y contribuyen con su trabajo y su ejemplo a aliviar los desastres que provocan los otros, las consecuencias terribles de los desmanes que se cometen cada día en nombre del coraje o de la iniciativa privada.

A. Muñoz Molina (verano de 1996)

¿CONCIENCIA DE QUÉ CLASE?

¿Cuál es la clase social que define hoy la sociedad española y europea? ¿Son mayoría los pobres, los menos favorecidos, los más humildes, los proletarios con salarios de miseria y sin protección social? No, la población española tiene (hasta ahora) una sanidad y unas pensiones públicas que le dan seguridad y calidad de vida. Los trabajadores tenían (hasta ahora) unos derechos garantizados por Ley. ¿Cuál es la conciencia de clase de las fuerzas de producción, y de las nuevas “fuerzas de la sociedad de consumo”?

Como ya hemos visto, la mayor parte de la sociedad española no tiene “conciencia de clase” en el sentido tradicional de “clase obrera”. Muchas personas y familias comparten varias categorías o perfiles sociales. Las antiguas clases sociales se solapan dentro de una misma familia, y hay una movilidad vertical y horizontal muy grande y muy rápida. Hasta la segunda mitad del siglo XX, y desde hace más de 10.000 años, los campesinos nacían y morían campesinos de generación en generación, analfabetos y pobres. Esto cambió en la segunda mitad del siglo XX con la

industrialización y la emigración a las ciudades; pero también los obreros industriales nacían y morían obreros de generación en generación, desde que comenzó la industrialización hace más de 200 años, hasta la segunda mitad del siglo XX. A partir de los años 50 del siglo XX se produce una movilidad social mucho mayor. Los hijos de un agricultor analfabeto de un pueblo de la Mancha pueden ser hoy ingeniero industrial, directora de un laboratorio farmacéutico, catedrática de física en Harvard, o profesor de Instituto. Antes estos ejemplos podían ser casos excepcionales. A finales del siglo XX era relativamente común. Los esquemas se habían roto. Sin embargo esta movilidad social se está viendo afectada por el nuevo modelo económico

¿Cuántos miembros de las Ejecutivas Nacionales de los partidos de Izquierda o cuántos parlamentarios nacionales han sido obreros industriales o campesinos? La mayor parte son funcionarios o trabajadores autónomos, profesores, abogados, médicos, economistas... En muchos casos, en muchos partidos políticos, los miembros de las ejecutivas han sido profesionales de la política la mayor parte de su vida. La realidad de los trabajadores hoy es una realidad diferente, en España, a la que vivían a mediados del siglo XIX o principios del XX, cuando se configuraron los movimientos obreros y las organizaciones de izquierda. Ahora la mayoría son trabajadores de “cuello blanco”, en mayor medida que trabajadores “de mono azul”. La mayoría han nacido en democracias.

No hay “conciencia de clase proletaria”. En todo caso, la hay de “clase media”, que es donde se identifica la mayor parte de la población europea cuando se le pregunta. Y a la hora de “luchar por nuestros derechos”, a la hora de movernos, hay otras identidades que tienen igual o más fuerza que la relación laboral: la condición de género (mujeres), de edad (jóvenes), de pertenencia a un territorio (nacionalismos), a una religión, a una etnia, etc.

Hay conciencia de unas necesidades y de unos derechos que nos han costado mucho trabajo y sacrificio, y que pueden perderse. Hay conciencia de que los hijos lo están teniendo más difícil que los padres para conseguir empleo. Hay un cierto rechazo en las capas populares a los inmigrantes que “compiten” por el puesto de trabajo y por los servicios públicos. Los jóvenes tienen conciencia de que aquí no hay hueco para ellos, aunque estén bien preparados y tengan ganas, y de que quizá se tengan que marchar, etc.

LA SOCIEDAD DE CONSUMO

Esta sensación de fracaso y falta de expectativas provocada por la crisis sobreviene sobre una situación previa de confianza y éxito, que se expresaba en la llamada “sociedad de consumo”, donde siempre era posible satisfacer cualquier necesidad. De ahí que genere más frustración.

La Sociedad de Consumo ofrece muchos bienes y servicios, con variedad de marcas y ofertas, a disposición de una gran mayoría de los trabajadores. A esa capacidad de compra individual, se sumaban los derechos políticos (libertad) y los derechos sociales (sanidad, seguridad social).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, vencido el nazismo, se vive en Europa occidental una prosperidad y un optimismo creciente. Hay crisis económicas periódicas, pero las condiciones de vida de los trabajadores van mejorando progresivamente. Muchos trabajadores se convierten en capitalistas al comprar unas cuantas acciones (jugar en la Bolsa); disponen de tarjeta de crédito; pueden consumir una variedad de productos que sus abuelos no imaginaron. Y se han hecho más individualistas.

Una misma generación (los nacidos a principios de siglo XX) pasó de luchar en la guerra y sufrir hambre y calamidades, de ser analfabeta, sin tener para comprar un abrigo o unos zapatos, sin calefacción, sin derechos ni libertad, a tener un salario que le permitía ahorrar un poco, vacaciones, una pensión cuando se jubilaba, una buena sanidad, escuela para sus nietos, y capacidad de compra y de ocio. Estos logros crearon en la última generación del siglo XX una sensación de confort, de posibilidades infinitas, y una necesidad de satisfacer las necesidades y los caprichos de forma inmediata, (el consumismo y el “presentismo”). Las jóvenes generaciones en España y Europa tienen más dificultad para tolerar la frustración y, al mismo tiempo más dificultades para emanciparse y lograr su autonomía. Presionadas por un bombardeo de marketing de la sociedad de consumo, tienen más complicado acceder a un puesto de trabajo estable y bien remunerado, que les permita cumplir las “expectativas” sociales y su proyecto de vida personal.

El acceso al consumo de millones de personas ha supuesto una evolución muy positiva de las condiciones de vida al tiempo que la propia dinámica del consumo incentiva el crecimiento económico. Sin embargo, como hemos visto, a mediados de los 80 el acento pasó de la demanda a la oferta. Los Estados ya no tenían que propiciar una demanda que absorbiera la producción sino que esta demanda pasaba a estar dada por los mercados globales. Los Estados tenían que ocuparse de que la producción fuera competitiva en dichos mercados rebajando los costes de producción, esencialmente salariales. Al mismo tiempo que disminuían los salarios, las multinacionales creaban globalmente una necesidad de consumir cada vez más y más, produciendo en las personas una insatisfacción y frustración crecientes fruto de la discrepancia entre las necesidades que se le creaban y los medios para satisfacerlas.

LA RED VIRTUAL MUNDIAL, INTERNET (World Wide Web).

El nuevo capitalismo financiero ha podido adquirir la dimensión mundial, global, gracias a las tecnologías de las comunicaciones. Es innegable que la globalización del capitalismo financiero está haciendo daño; pero las nuevas tecnologías han abierto también un nuevo universo de posibilidades de interacción entre las personas y las sociedades.

En la formación de los idearios colectivos tiene enorme importancia la comunicación social. Hoy en día, a través de la Televisión y de Internet el mundo es una aldea global. Más de 1.500 millones de personas estamos conectados “on line” por internet. Más de 4.000 millones de personas disponemos de teléfono móvil. Desde la sierra Lacandona, hasta el desierto del Sahara, pasando por Los Angeles y Hong Kong.

Los grandes medios de comunicación tienen un enorme poder de influencia. En un momento dado miles de millones de personas podemos estar viendo la misma foto, escuchando el mismo comentario o la misma canción. La explicación de la crisis, el fantasma del déficit, la sistemática descalificación de la política, que una y otra vez repiten algunos medios de comunicación, no es casual. Muchos medios de comunicación pertenecen a grandes grupos financieros o necesitan su patrocinio. Grandes grupos de comunicación con grandes grupos de inversores detrás, con intereses económicos y geoestratégicos definidos. De un día a otro un jefe de estado puede pasar de noble gobernante a dictador villano. Puede existir o dejar de existir una guerra en nuestras retinas. Nunca es por casualidad.

Internet y la telefonía móvil son otra cosa, todavía. Tienen otras pautas de comunicación más abiertas. Pueden producir cambios inesperados o no controlados por los

grandes intereses económicos. Al menos todavía. Las redes sociales tienen mucha fuerza, si bien en su fuerza tienen la debilidad: no hay una estrategia a medio plazo. Las “noticias”, los “trending topics”, duran unos minutos, unas horas, y luego se apagan como fuegos artificiales. En todo caso los nuevos movimientos de cambio social deben contar con las redes sociales como herramienta de concienciación y movilización

LA SOCIEDAD DIGITAL DEL GRAN HERMANO

En el ámbito sanitario la evolución de la sociedad digital es muy rápida. Ha creado enormes beneficios pero tiene importantes riesgos.

Podemos imaginar una gran compañía digital lanzando una “plataforma sanitaria” para ofrecer información, medicinas, productos sanitarios, servicios sanitarios, etc. ¿Cómo puede un Gobierno Regional o Nacional controlar el contenido, la seguridad y la calidad de estos servicios? ¿Qué pasa si las recomendaciones de salud de los Ministerios de Sanidad difieren de las de las Plataformas Digitales privadas, por ejemplo, respecto a vacunaciones o medicamentos eficientes, etc.? ¿Cómo asegurar la confidencialidad de la información de los pacientes en las grandes bases de datos, garantizando que el acceso a los mismos solo sea realizado por el profesional responsable del cuidado de su salud y con finalidad terapéutica y no comercial? ¿Cómo asegurar que la búsqueda de beneficio de las grandes corporaciones no vulnera los derechos de las personas?

Tim Bernes-Lee, que inventó la World Wide Web hace (¡solo!) 25 años, reclamaba la necesidad de una Constitución Universal para Internet, que sirva para proteger y expandir los derechos de los usuarios, pero controlando al

mismo tiempo las fuerzas que hacen un mal uso o amenazan con hacerlo, abusando de los usuarios (El País 28/5/2014, p31).

QUIEBRA MORAL Y RECHAZO DE LA POLÍTICA.

La construcción de la sociedad europea a lo largo del Siglo XX se ha basado en unos principios que reconocían la igualdad de las personas, el esfuerzo, el derecho a unos bienes públicos. La Declaración de los Derechos del Hombre de 1948, o la Constitución Española de 1978 recogen esos compromisos, esas reglas de juego. Un esquema moral aceptado por la mayoría de la sociedad.

A los cambios descritos en este nuevo sistema capitalista, se añade uno más. La quiebra de la regla moral del esfuerzo y la recompensa proporcionada.

A comienzos del siglo XXI se ha producido una quiebra moral. No hay proporción de la recompensa con el esfuerzo. Se rompe una regla de juego en la que el capitalista justificaba su derecho a ganar más porque arriesgaba más, porque tenía una idea para fabricar un producto, y tenía la iniciativa para hacerlo, reuniendo los recursos suficientes. Desde una fábrica de zapatos, a un restaurante, los empresarios han arriesgado. Hoy los ejecutivos del NCFG no arriesgan su dinero, no son penalizados si arruinan a miles de familias y destruyen miles de puestos de trabajo. Un ejecutivo de banca gana 50 veces más que un trabajador cualificado o un médico: esto es inmoral, aunque sea legal; si es legal es una ley injusta y se debe cambiar. Otro ejecutivo de una entidad financiera se jubila con una pensión 250 veces mayor que la de un trabajador cualificado. La ética de esta nueva "clase social" es la codicia sin medida, sin control, y sin responsabilidad social.

Enfrente, las instituciones políticas y sindicales de ámbito nacional parecen niños armados con tirachinas contra un ejército de tanques blindados. Piedras contra “drones”. Una broma macabra. Años después de comenzada la crisis económica-financiera se sigue discutiendo las nuevas regulaciones del sistema financiero, sin avances significativos. Hoy, en 2014 todavía no se ha podido implantar una tasa a las transacciones financieras global, o un impuesto progresivo sobre el capital global, como propone Piketty. Todavía decenas de países siguen teniendo paraísos fiscales. Será legal, pero es inmoral, porque el enriquecimiento ilimitado de unos pocos es la pérdida de derechos de millones de personas.”

Esta sensación de que “nos engañan” se concentra en la “clase política”. La culpa es del gobierno. “Piove, porco governo”. Los poderes políticos democráticos y las organizaciones sindicales se devalúan, al no poder controlar el poder del NCFG. La oposición critica al gobierno como culpable de la crisis, en vez de culpar a los verdaderos culpables, los capitalistas financieros especuladores. El presidente de un banco español decía a principios de año que la culpa de la situación la tienen los políticos: en parte llevaba razón, por no haber vuelto a regular de forma eficaz el capitalismo financiero y sus actividades de altísimo riesgo.

La respuesta individual de muchos es la picaresca, la evasión de impuestos: “¿con iva o sin iva?”. Un comportamiento socialmente aceptado, que disimula el fraude de los más ricos, que es el más importante en volumen total. ¡Solo con que pagaran los impuestos todos los que deben, y a pesar de la crisis, se cubriría prácticamente todo el déficit fiscal actual!

La política tiene que regenerarse, y tiene que hacer un discurso de responsabilidad personal y social. Cada uno tenemos una responsabilidad que cumplir. Si trabajamos juntos, en vez de intentar destruirnos, podemos salir de la

crisis, y reorientar la economía europea y mundial, dominando al NCFG.

La respuesta individual no es suficiente. El Individualismo, el sálvese quien pueda, permite salvarse a los más fuertes. Pero hoy en día la conciencia social se ha devaluado. No tiene referentes.

Para construir esa nueva conciencia social es preciso que cambiemos las personas. Si la motivación del sistema económico es solo, o principalmente, la codicia, el ánimo de lucro, al final saltará las barreras que ponga la sociedad para controlarle.

Hemos de reforzar las motivaciones humanas que se fundamentan en la solidaridad, en el altruismo, y también las que tienen que ver con la satisfacción por el trabajo bien hecho y por compartir un proyecto común.

Esas motivaciones tienen que ser valoradas socialmente para que la sociedad cambie. La codicia tiene que perder valor en la motivación de las personas. Es un proceso lento, a través de la educación y de la experiencia, que deberá impregnar el “comportamiento social” y permitirá dar paso a una nueva civilización humana universal.

UNA CONCIENCIA SOCIAL CAPAZ DE IMPULSAR EL CAMBIO

Conocer las causas y los mecanismos de la crisis.

Si no hacemos un buen diagnóstico no podremos resolver el problema.

Por eso es importante analizar las causas de la crisis económica, ver cómo se está desarrollando este nuevo capitalismo financiero, analizar por qué no son capaces los gobiernos y los sindicatos de responder a los nuevos retos, y pensar cómo debemos organizarnos para poder recuperar los derechos que nos corresponden y para impulsarlos en todo el planeta.

Si la causa es la desregulación financiera, que genera un capitalismo financiero global con enorme poder, que permite que haya entidades de ahorro y de riesgo, que permite que haya entidades de gran volumen (too big to fail), que autoriza productos de riesgo (subprime), que tolera unos mecanismos patógenos de retribución a los altos ejecutivos (asignan enormes salarios por aumentar volumen aunque la empresa quiebre), si se opera desde la opacidad (off-shore, paraísos fiscales) y si se actúa a una velocidad de “click” con volúmenes de transacciones que pueden quebrar un país entero, millones de puestos de trabajo y la garantía de los derechos humanos, entonces esto se debe cambiar.

Se deben regular todos esos elementos para poder ordenar de nuevo la actividad económica sin que ponga en riesgo la economía mundial y la vida de las personas. Desde 2008 este objetivo se viene intentando por los diferentes organismos internacionales, el FMI, la UE, los distintos “Gs”, etc. Pero no se ha cambiado nada fundamentalmente.

Es preciso reforzar la capacidad resolutoria de los gobiernos para que tengan un poder equivalente o mayor al de las estructuras financieras y los altos ejecutivos de las grandes corporaciones.

En el caso de España significa luchar por reforzar la Unión Europea, creando un verdadero gobierno europeo,

con capacidad ejecutiva y fuerza para regular la actividad de las entidades financieras (bancos y no-bancos) que operan en Europa, y para influir de forma determinante en la regulación mundial.

Significa luchar por un nuevo Tratado de la Unión Europea, que cree un Parlamento con iniciativa legislativa y capacidad de control del Gobierno de la UE, incluyendo la designación del Presidente de la Comisión. Significa que la Comisión es el gobierno de la UE y asume las funciones ejecutivas del actual Consejo, y que el actual Consejo (reunión de los ministros de los gobiernos) pasa a desempeñar la función de Cámara territorial. Sin una Europa Unida y con capacidad de gobierno, no podremos gobernar el nuevo capitalismo financiero.

No habrá fuerza para regularlo ni moderar la codicia de los altos ejecutivos expresada de forma inmoral en sus retribuciones multimillonarias.

Lo mismo deben hacer las organizaciones sindicales, fortaleciendo las estructuras europeas y actuando en el ámbito europeo con una sola voz. Vertebrando la fuerza del movimiento sindical en toda Europa para tener más fuerza.

Pero también deben cambiar los métodos de presión y movilización social. De alguna manera ya lo están haciendo.

Ejemplos se han visto en diferentes países y, aquí en España, pudimos ver un movimiento ejemplar en La Marea Blanca.

Es interesante analizar el proceso. Surge como respuesta a un anuncio del Presidente de la Comunidad de Madrid (el 1-4 de noviembre. puente de todos los santos) en que se da un paso de gigante en la apuesta por un modelo privatizado de Sanidad. La intención, es que seis de los hospitales abiertos en 2008 sean

totalmente gestionados por empresas privadas. También se abre la puerta a externalizar la gestión del 10% de los más de 400 centros de salud de la región. Además, los “servicios no sanitarios” -como cocinas, lavanderías, almacenes o mantenimiento- seguirán el mismo camino. Se implanta el euro por receta y por último, La Princesa, un centro general con cerca de 40 especialidades se especializará en geriatría. Sus miles de pacientes tendrán que cambiar de hospital.

La reacción es inmediata en el Hospital de la Princesa. Se organizan asambleas del personal y se inicia una recogida de firmas en el barrio, además de hacer manifestaciones, visitas a la Consejería, etc. Simultáneamente en los Centros que van a externalizar la gestión del personal sanitario, también empiezan a moverse. Después, en los demás hospitales, y finalmente también en los Centros de Salud.

No hay una organización general, de tipo sindical o político que coordine todos los movimientos. Se van formando plataformas....

¿Qué tipo de iniciativas?: manifestaciones, huelgas, pero también, utilización de redes sociales, performance, cartas a los medios, entrevistas,...

Recaudación de fondos, vía judicial...

Resultado, el freno de la iniciativa de privatización



Combinar métodos clásicos, como la huelga y la manifestación, con nuevas formas de movilización a través de las redes sociales, con nuevas formas de intervención

(performances), combinando acciones parlamentarias y judiciales. Integrando en los movimientos a jóvenes y mayores, empleados y familias, afectados y protagonistas, en plataformas ciudadanas transversales, ágiles, flexibles.

Este tipo de movimiento tiene una debilidad y es la propia “fugacidad”, ligada a un conflicto concreto. Luego, las estructuras más estables del poder vuelven a tomar su espacio. Por eso esta nueva conciencia social tiene que ser capaz de utilizar métodos modernos de movilización, pero además lograr estructuras estables de organización. Las viejas organizaciones tienen que modernizarse y las nuevas plataformas tienen que organizarse de forma que puedan mantener la presión y la capacidad de propuesta y de liderazgo.

En otro documento anterior “Panfleto contra la codicia” avanzábamos alguna otra idea para definir una hoja de ruta para el cambio. Pensamos que la respuesta no está escrita y la tenemos que ir encontrando entre todos.

EN DEFINITIVA: LA VIEJA/NUEVA BATALLA POR LA IGUALDAD

“Las 85 personas más ricas del planeta... controlan tanta riqueza como la mitad más pobre de toda la población del planeta, es decir, tanto como 3.500 millones de personas” explicaba Lagarde, la directora del FMI.

La desigualdad no es nueva. Ha sido una constante a lo largo de la historia humana. Es natural, pues nacemos distintos, con diferente estatura, en diferentes lugares (mejor o peor clima, agua abundante o escasa, más o menos recursos, etc.), con distinto sexo, distinta fuerza física, distinta capacidad intelectual. Las diferencias nos hacen complementarios en la cooperación. Las diferencias estimulan distintas iniciativas para resolver los problemas de

la vida, diferentes soluciones. Y esto ha permitido avanzar a la humanidad. En todas las sociedades se establece un cierto grado de desigualdad a partir de las diferentes capacidades y esfuerzos de las personas. Un cierto grado de desigualdad que podemos llamar “positivo” porque estimula la creatividad y el esfuerzo de superación. Ese esfuerzo, ese trabajo, esa aportación al bien común (la seguridad, la salud, la mejora de las técnicas productivas o de las comunicaciones, etc.) se reconoce mediante la aprobación social, el aplauso, el estatus. A veces ese reconocimiento puede ir acompañado de un estímulo económico, o de más poder de decisión, pero no necesariamente. Y en todo caso, debe guardar una proporción con el mérito, con la generación de valor para la sociedad, para el bien común.

El problema, a lo largo de la historia, surge cuando los más fuertes, los más ricos, los mejor situados, acumulan más y más poder. Cuando obtienen beneficios económicos importantes que no son proporcionados a la generación de valor real para la sociedad. Como la mayoría social no está conforme, los poderosos imponen su voluntad mediante la fuerza. Cuando la situación se hace insostenible surgen las revueltas o se originan guerras. Así, el periodo de mayor igualdad que vivimos en Europa en la segunda mitad del siglo XX surgió, después de huelgas y luchas del movimiento obrero en todo el continente, de dos guerras y, de la revolución comunista en Rusia.

Ahora el problema vuelve a ser grave. La desregulación financiera (enorme falta de control), los nuevos productos financieros (enorme riesgo), la globalización (enorme volumen), las transacciones digitales (enorme rapidez), y el sistema de retribución de los altos ejecutivos financieros y de las grandes corporaciones (enormes salarios y beneficios) han aumentado las desigualdades de una manera extraordinaria. Y lo han hecho premiando a unas personas de manera

absolutamente desproporcionada respecto a su aportación de valor social. Es más, en muchos casos, se les premia por destruir masivamente valor social, empresas, empleo, seguridad, protección de la salud, educación... Esta situación tan injusta es la base para que se genere otra explosión social.

Se trata de intentar llegar a un nuevo balance. Un nuevo pacto social, de ámbito nacional, europeo, planetario. Se trata de la vieja batalla entre el Lobo de Wall Street (y sus antepasados) y San Francisco de Asís.

Tenemos que encontrar un balance institucional y personal entre la codicia y la solidaridad, entre el instinto individual de supervivencia y el instinto de supervivencia del conjunto de la especie.

Es un equilibrio difícil en el que se debe buscar por un lado mantener los estímulos a quien se esfuerza (mérito) y con su trabajo beneficia a la sociedad y por otro lado ayudar a quien sin un soporte social se va a quedar en la cuneta, aunque se esfuerce. Además, se debe evitar que, con la excusa de mantener el estímulo a quien se esfuerza, se incentiven comportamientos abusivos, remunerando de forma exagerada actividades especulativas que no se relacionan con el mérito ni benefician a la sociedad.

Para lograrlo es preciso construir una conciencia colectiva.

Solamente una mayoría social, convencida de la conveniencia de defender los derechos de todas las personas (también la sanidad) podrá frenar los procesos que aumentan la desigualdad.

Este libro intenta contribuir, modestamente, a dar argumentos para pensar, para discutir, para crear esa conciencia solidaria.

El presente es el único sitio donde es posible y necesario vivir. El presente hay que vivirlo, si quieres luchando por transformar cosas, pero sin ponerle requisitos

F Nietzsche

La crisis económica que ha afectado a España durante los últimos seis años y la gestión que se ha hecho de la misma llevan necesariamente a cambios en el equilibrio del binomio salud/enfermedad de la población. Además de ello, estamos asistiendo a un ataque al propio Sistema Sanitario en su concepción universal, igualitaria y solidaria que ya ha producido un deterioro en la calidad de la atención y habrá de tener también un reflejo en los indicadores del estado de la salud de la población.

Manuel Oñorbe y Fernando Lamata son médicos que llevan muchos años trabajando en la administración y gestión de la sanidad pública española. Desde sus propias experiencias y estudios han escrito este libro que es un análisis económico, sanitario y político de todo esto que está pasando (nos está pasando) y también una búsqueda de alternativas.

