

19

INFORME  
ESPAÑA  
2 0 1 2

una interpretación  
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**  
Oquendo, 23  
28006 Madrid  
Tel. 91 562 44 58 - Fax 91 562 74 69  
correo@fund-encuentro.org  
www.fund-encuentro.org

ISBN: 978-84-89019-39-3  
ISSN: 1137-6228  
Depósito Legal: M-39343-2012

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.  
Antonio Alonso Martín, s/n - Nave 10  
28860 Paracuellos del Jarama (Madrid)

Convenio de colaboración  
23 de marzo de 2011



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



*Gracias a las entidades que nos patrocinan –Fundación Ramón Areces, Fundación Mapfre y Securitas España– la Fundación Encuentro dirige el Centro de Estudios del Cambio Social (CECS), que elabora este Informe. En él ofrecemos una interpretación global y comprensiva de la realidad social española, de las tendencias y procesos más relevantes y significativos del cambio. El Informe quiere contribuir a la formación de la autoconciencia colectiva, ser un punto de referencia para el debate público que ayude a compartir los principios básicos de los intereses generales.*

*Equipo de dirección y edición*

**José María Martín Patino**, Presidente • **Agustín Blanco**, Director General • **Antonio Chueca**, responsable del Departamento de Datos • **Giovanna Bombardieri**, Secretaria • **Teresa Herreros** • **Beatriz Manzanero**

*Participan en este Informe:*

*Consideraciones Generales.* **Joan Subirats**, Universidad Autónoma de Barcelona. • *Parte Segunda.* **Alberto Gómez Font**, Instituto Cervantes • *Capítulo I.* **César Camisón**, Universidad de Valencia. Colaboran: **Juan José de Lucio**, Servicio de Estudios del Consejo Superior de Cámaras de Comercio y **María Isabel Martínez**, Abay Analistas. • *Capítulo II.* **Xavier Martínez Celorrio** y **Antoni Marín Saldo**, Universidad de Barcelona. Colaboran: **Alejandro Tiana**, UNED y **Leire Salazar**, UNED • *Capítulo III.* **Ana Rico** y **Emma Blakey**, Instituto de Salud Carlos III • *Capítulo IV.* **Agustín Blanco**, Fundación Encuentro. Colaboran: **Antonio Chueca**, **Beatriz Manzanero** y **Teresa Herreros**, Fundación Encuentro • *Capítulo V.* **Andrés Monzón**, TRANSyT-Centro de Investigación del Transporte (UPM). Colabora: **Andrea Alonso**, TRANSyT-Centro de Investigación del Transporte (UPM).

*Y las siguientes Instituciones:* Instituto Nacional de Estadística • Consejo Superior de Cámaras de Comercio de España

# ÍNDICE

---

## Capítulo III

### EL IMPACTO DE LA CRISIS EN SANIDAD: RECORTES

### ESTRUCTURALES ASIMÉTRICOS CON ALTOS COSTES DIFERIDOS

173

I.	Tesis Interpretativas	175
1.	La complejidad del impacto de la crisis en sanidad	175
2.	Difícil justificación de los recortes asimétricos a colectivos vulnerables	175
3.	Propuestas para el mantenimiento de nuestro modelo sanitario europeo	177
II.	Red de los Fenómenos	179
1.	Introducción	179
2.	Marco conceptual y antecedentes	181
2.1	Antecedentes (1): determinantes sociales de la salud (DSS)	181
2.2	Antecedentes (2): modelos dinámicos de análisis de impacto	182
3.	Marco analítico, objetivos, hipótesis y metodología	185
3.1	Marco analítico y objetivos de la investigación	185
3.2	Metodología e indicadores	186
3.3	Hipótesis de la investigación	186
4.	Impacto inmediato de la crisis en sanidad	188
4.1	Más necesidades y utilización de servicios sensibles	188
4.2	¿Más gasto a mayor necesidad?	192
4.3	Menos ingresos fiscales y más infrapresupuestación	194
5.	La respuesta política en sanidad: España y la UE	195
5.1	La respuesta política en España: ¿de país europeo a “Estado unido”?	195
5.2	La respuesta social: opinión pública, profesionales y expertos	197
5.3	Recortes estructurales procíclicos en la UE	199
5.4	Inmigración y derechos asimétricos en la UE	200
6.	Recortes estructurales asimétricos: el precedente de EE.UU.	202
6.1	Políticas migratorias y sanidad pública en EE.UU. (1987 y 1996)	202
6.2	Impacto diferido de recortes estructurales asimétricos: EE.UU. (1996-2012)	205
7.	Inmigración y coste-efectividad en sanidad: la UE frente a EE.UU.	210
7.1	El efecto llamada en EE.UU. antes y después de las reformas	210
7.2	Enfoque caso-control: evolución del gasto y la mortalidad en EE.UU. y Reino Unido	211
7.3	Impacto diferido de los recortes en salud, desigualdad y empleo: UE y EE.UU.	211
8.	Se cierra el círculo: impacto diferido potencial en España	216
8.1	Debilidades estructurales del SNS en España	217
8.2	Posibles costes diferidos en sanidad y salud	221
8.3	Impactos diferidos en la desigualdad y la democracia	223
9.	Prioridades para prevenir secuelas permanentes en España	224
9.1	Colectivos prioritarios: cronicidad, discapacidad, maternidad e infancia	225
9.2	Políticas y sectores prioritarios	230
9.3	Política, investigación y democracia	232
10.	La cadena se rompe por el eslabón más débil: resumen y conclusión	233

## Capítulo III

---

# EL IMPACTO DE LA CRISIS EN SANIDAD: RECORTES ESTRUCTURALES ASIMÉTRICOS CON ALTOS COSTES DIFERIDOS

## I. TESIS INTERPRETATIVAS

### 1. La complejidad del impacto de la crisis en sanidad

Valorar el impacto de la crisis económica en sanidad va más allá de analizar la política sanitaria. Requiere un análisis más complejo, que tenga en cuenta:

— El *impacto en la salud*, asociado a la fragilidad previa de la estructura y el bienestar social (así como a la magnitud de la crisis).

— La *estructura social* (o distribución del empleo, la educación y la riqueza), más frágil ante el embate de la crisis cuanto menos igualitaria sea.

— El *bienestar y la redistribución* (fiscalidad, Estado de bienestar, Sistema Nacional de Salud –SNS–), claves para apuntalar la estructura social y la salud.

— Las *respuestas políticas* a la crisis, y en concreto su efectividad o capacidad para prevenir (a bajo coste) secuelas diferidas en la igualdad, el bienestar y la salud.

Aún son pocos los estudios que analizan estos cuatro factores, dada la complejidad del tema y la carencia de datos. La inversión reciente por parte de la OMS, la OCDE, el Banco Mundial y la Unión Europea (UE) en series actualizadas (y desagregadas por áreas y colectivos) de indicadores *sensibles a la crisis* permite medir su impacto inmediato en la salud. Y potencia la investigación de calidad, permitiendo anticipar con rigor el *impacto diferido potencial asociado a distintas alternativas de respuesta en sanidad*. Análisis de este tipo deben tenerse muy en cuenta en las medidas de política sanitaria que se adopten tras la crisis. Dado que, si están bien diseñadas, pueden atenuar –o evitar– las secuelas más perniciosas y reducir los costes diferidos o, en caso contrario, agravarlas y aumentarlos, respectivamente.

En sanidad, la crisis conlleva un alto riesgo de secuelas psicológicas y biológicas permanentes. Lógicamente, la preocupación ciudadana por este tema va más allá de debates y movilizaciones contingentes. Como reflejan las encuestas periódicas del CIS, en 2012 los recortes en sanidad están entre los problemas sociales percibidos como más graves por los ciudadanos.

### 2. Difícil justificación de los recortes asimétricos a colectivos vulnerables

Una de las medidas de recorte más polémicas ha sido la exclusión del sistema público de salud de algunos colectivos vulnerables, en particular

de los inmigrantes indocumentados. Las justificaciones aducidas han sido combatir el “turismo sanitario” y evitar el denominado “efecto llamada” ligado a la prestación sanitaria gratuita. El primero afecta sobre todo a ciudadanos de la UE y tiene cauces de gestión para evitar los posibles abusos. El “efecto llamada” de las prestaciones sociales no está demostrado, y sí asociado al mercado laboral: la razón primera de la inmigración es mejorar las oportunidades de vida y el instrumento básico para ello es el empleo. Por otro lado, hay que tener en cuenta el *efecto del migrante sano* –constatable en numerosos países, también en España–, por el que las minorías étnicas tienen menor edad y un nivel de salud (y a veces educativo) superior a la población receptora.

No hace mucho que en el informe de la Fundación Encuentro destacamos que la inmigración ha sido clave en el crecimiento económico y la sostenibilidad de las pensiones en España durante la última década, y en otros cambios sociales de gran calado, como la incorporación de la mujer al mercado de trabajo –gracias en no pocos casos a inmigrantes indocumentados–. El presente capítulo argumenta que las experiencias previas en Reino Unido (2006) y EE.UU. (1987, 1996) demuestran que los recortes asimétricos a colectivos vulnerables tienen a medio y largo plazo un claro impacto adverso en la salud y la desigualdad, y en el riesgo de pobreza de estas personas, sin que se reduzca –más bien al contrario– el gasto sanitario.

En EE.UU., la exclusión de los inmigrantes de la atención comunitaria de rutina (barata), produce altos costes diferidos: dado que la atención gratuita se limita a las urgencias vitales –muy caras–, la atención se retrasa hasta que la severidad de la enfermedad pone en riesgo la vida del paciente, lo que empeora gravemente el pronóstico –la probabilidad de curarse– de estos pacientes y llega a multiplicar por diez los costes de la atención. Tanto en EE.UU. como en Reino Unido este tipo de recortes asimétricos conllevan costes políticos y riesgos democráticos, dada la tensión que provocan en el Estado de Derecho –basado en la igualdad ante la ley–, así como entre la ciudadanía, los profesionales sanitarios y las distintas administraciones territoriales.

Más allá de su difícil justificación ética o científica, las medidas nos alejan de la pauta de respuesta de la mayor parte de los países de la UE –apoyo social universal a los más débiles–, con eficacia probada para paliar a bajo coste las trágicas secuelas potenciales de la crisis tanto en inmigrantes –que en EE.UU. tras su exclusión de la sanidad multiplican por ocho su riesgo de contraer tuberculosis–, como en el conjunto de la población. Estos argumentos de investigadores y organismos internacionales han sido esgrimidos por gobiernos autonómicos de diferentes colores políticos y explican las reticencias de muchos de ellos a la aplicación de estas medidas.

### **3. Propuestas para el mantenimiento de nuestro modelo sanitario europeo**

La investigación actual permite anticipar que los duros recortes estructurales asimétricos proyectados en sanidad en España generarán altos costes diferidos en salud y desigualdad. A medio y largo plazo, los recortes en educación y sanidad (las inversiones que garantizan una vida mejor) alejan a España de la pauta de bienestar europea y podrían tener graves efectos sociales, semejantes a los ya detectados en EE.UU. (por ejemplo, altas tasas de delincuencia y discriminación). En ambos casos, los políticos juegan con el hecho de que las repercusiones más graves y duraderas de recortes de este tipo no se producen de forma inmediata, o bien hacen poco ruido social y político (como la mortalidad prematura o la emigración forzada)–.

Nadie niega que la eficiencia (la relación entre el coste y el resultado) tiene que ser un elemento clave en el Sistema Nacional de Salud. Pero requiere aplicar medidas –promovidas desde hace décadas por la OMS y ensayadas con éxito en algunos países y comunidades autónomas– de eficacia probada para prevenir secuelas permanentes en salud y costes diferidos en sanidad, entre las que se cuentan:

- ▶ Inversión en el acceso universal a una atención comunitaria integrada de calidad (barata y efectiva), lo que requiere potenciar y coordinar las áreas de atención primaria, salud mental, enfermedades crónicas y atención a la discapacidad.

- ▶ Incentivos al acceso a la atención comunitaria de inmigrantes y población sin recursos, lo que facilita el seguimiento eficiente de sus problemas de salud y disminuye los riesgos para la salud pública y el gasto futuro que se derivan del aumento de la pobreza, la infravivienda y la desnutrición tras la crisis.

- ▶ Refuerzo de la inversión en salud pública y formación de profesionales sanitarios, y, en especial, desarrollo de unidades, investigaciones y acciones anticrisis económica, que apliquen lecciones aprendidas en otras crisis de salud pública.

- ▶ Reorientación del Estado de bienestar hacia el modelo nórdico, basado en: 1) mayor presión y redistribución fiscal; 2) apoyo y activación universal de colectivos vulnerables (jóvenes, infraempleados y parados); 3) mediante políticas familiares y de infancia, de discapacidad y dependencia y de integración y mantenimiento en el empleo.

En estos momentos lo que está en juego en sanidad es mucho más que un reajuste de recursos a causa de una crisis que algún día se superará. No hablamos de ideas o ideologías cambiantes, hablamos de la salud y de la vida de las personas. Hablamos de profesionales sanitarios e investigación biomédica de alta cualificación forzados a optar entre infraemplearse

o emigrar. Y hablamos de un sistema sanitario laboriosamente construido a lo largo de décadas de esfuerzo e ilusión, que ha alcanzado altas cotas de valoración social y prestigio internacional.

## II. RED DE LOS FENÓMENOS

### 1. Introducción

La crisis económica mundial está teniendo graves efectos sociales en Europa. Diariamente hay noticias de déficits y recortes en los sistemas públicos de bienestar. ¿Cuál es el impacto de la crisis en España? El presente capítulo estudia uno de sus efectos más tangibles y complejos: su impacto en la atención sanitaria; y, a través de ella, en el riesgo de que la crisis deje secuelas biológicas y psicológicas permanentes en la salud y la supervivencia de la población.

Los efectos de la crisis en sanidad, educación y bienestar (pensiones, rentas mínimas, servicios sociales) son complejos y persistentes. Se producen *a través de una doble vía*, en varias fases y afectan tanto a los usuarios de los servicios como a sus descendientes y a su red social. De modo inmediato, la crisis impacta en la estructura social (por ejemplo, aumento del desempleo y la pobreza), lo que genera problemas de salud (enfermedad y discapacidad) en los afectados, y un aumento automático del gasto social y sanitario (por la *vía de la demanda*). De modo diferido, el deterioro en la salud inicial, si no se trata adecuadamente, genera paro y pobreza crónica en los afectados, lo que debilita aún más su salud y deprime a largo plazo la tasa de empleo agregada. El impacto social final de la crisis depende de en qué medida las respuestas del Gobierno (por la *vía de la oferta* de atención sanitaria y de las políticas de salud y bienestar) afronten de un modo responsable el aumento de la necesidad, de manera que se minimicen los costes sanitarios diferidos, la mortalidad prematura y las posibles secuelas permanentes en la salud y el empleo.

Este estudio aborda la complejidad de los efectos de la crisis en sanidad y salud<sup>1</sup> a través de varias estrategias. En primer lugar, se elabora un marco conceptual sintético que combina varios modelos internacionales sobre relaciones entre factores causales (apartados 2 y 3). A continuación se analiza el impacto de la crisis por la doble vía de la *demanda* y la necesidad de atención sanitaria (apartado 4) y de la respuesta política en cuanto a la *oferta* pública de cuidados (apartado 5). En tercer lugar, se evalúan precedentes internacionales comparables (apartados 6 y 7) que permitan anticipar efectos diferidos en España (apartado 8); y se estudian respuestas alternativas que palien posibles secuelas permanentes (apartados 9 y 10).

---

<sup>1</sup> Por razones de espacio no abordamos más que de modo lateral (apartados 2, 6 y 8) la cuestión clave del impacto de la crisis en la salud de la población, que sí examinamos en un trabajo complementario (Rico, A. y Blakey, E. (2012): *Crisis económica y desigualdades en salud*. Madrid: Colección de Minitemas Online de la Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III).

Uno de los límites de partida es el corto tiempo transcurrido desde el inicio de la crisis. El crecimiento del Producto Interior Bruto (PIB) se detiene en 2007 y se entra en recesión en 2008-2009, con tasas de decrecimiento de entre el 4% (España) y el 7% (Europa noroccidental, EE.UU.). En 2009-2012, Europa noroccidental recobra su senda de crecimiento anterior, mientras que España, EE.UU. y otros países se recuperan más lentamente. Este hecho, junto con el retraso de dos a cinco años en la publicación de estadísticas y encuestas<sup>2</sup>, restringiría en principio el ámbito de la investigación al *impacto inmediato* de la crisis.

Sin embargo, la investigación social sobre el impacto de las crisis ha mejorado mucho desde 2008. Demuestra que existe un retardo de entre diez y veinte años desde que decrece bruscamente el PIB hasta que sus efectos adversos plenos se materializan en la sociedad. La investigación epidemiológica confirma además que, para algunas minorías vulnerables, el lapso de tiempo puede alargarse toda una vida; e incluso generar secuelas en la salud de sus descendientes. También mejoran correlativamente los datos. Se observa un importante esfuerzo de organismos internacionales (OCDE, OMS, Banco Mundial) y de la Unión Europea (*European Community Health Indicators* –ECHI–) en la publicación de series temporales de los indicadores más sensibles a la crisis desagregados por países, patologías y grupos sociales. Esto permite estimar con razonable precisión el *impacto potencial diferido* de la crisis y anticipar en qué áreas y colectivos son más probables impactos adversos y secuelas permanentes en cada país.

En resumen, a pesar del corto tiempo transcurrido desde el inicio de la crisis y de la debilidad histórica de los datos en España, es posible analizar tanto su *impacto inmediato* como su *posible impacto futuro* gracias a los avances en los datos y la investigación internacional. La complejidad del segundo objetivo (que requiere desentrañar las relaciones causales entre crisis, estructura social, salud y sanidad) aconseja empezar por formular un marco de análisis sencillo y unas hipótesis basadas en la evidencia previa que guíen el análisis y la selección de indicadores.

---

<sup>2</sup> Los datos españoles presentan además límites específicos, que dificultan la tarea de estimar impactos en los grupos vulnerables y en el tiempo con rigor. La primera Encuesta de Salud con muestra aleatoria y suficiente para obtener resultados fiables para las diecisiete comunidades autónomas es de 2006, y es también la última disponible desagregable por colectivos y patologías sensibles a la crisis. La Encuesta Europea de Salud 2009 es la primera que incluye una muestra española estrictamente comparable con la UE. Las primeras series históricas sobre mortalidad publicadas por el INE son de hace muy pocos años. No existe una encuesta longitudinal de salud, ni un Registro de Pacientes (ni tan siquiera en cáncer –donde cubre tan sólo al 20% de los pacientes–), como ocurre en otros países de la UE. Tampoco se sabe con certeza cuántos profesionales trabajan para la sanidad pública, dado que su registro corresponde a los colegios (como en EE.UU. y Sudamérica) y no al ministerio (como en la mayoría de los países de la UE).

## 2. Marco conceptual y antecedentes

El impacto de la coyuntura económica en sanidad depende de cuatro factores:

1. Estructura social<sup>3</sup> (distribución del empleo, la educación y la riqueza).
2. Redistribución y bienestar público (fiscalidad, Estado de bienestar, SNS).
3. Respuestas políticas y sociales a la crisis.
4. Impacto en la salud de la población (que depende de los tres anteriores).

Estos factores cambian a ritmos diferentes; el grado en que responden a la intervención pública también varía. Hay escasos estudios que analicen los cuatro efectos. El modelo más completo (centrado en lo *estructural*) es el de los determinantes sociales de la salud (DSS). Los más adaptados a nuestros objetivos son los *modelos dinámicos*, que evalúan el impacto en el tiempo. Ambos se combinan para elaborar el marco analítico específico de este capítulo.

### 2.1 Antecedentes (1): determinantes sociales de la salud (DSS)

El modelo analítico de la Comisión de DSS de la OMS<sup>4</sup> describe los procesos a través de los que la estructura social y el Estado de bienestar influyen en la salud y la sanidad (cuadro 1). Incluye sólo aquellos factores causales para los que existe evidencia científica rigurosa. Concede un lugar destacado a las causas estructurales (*estructura social A-C*; y *Estado de bienestar D*) de la *salud* (H), que explican que ésta varíe en forma de gradiente por grupos sociales. Las *condiciones materiales y psicosociales de vida* (E y F) ejercen efectos directos sobre la salud y la sanidad –por lo que se denominan *factores proximales*– y modulan los efectos de la desigualdad y el bienestar –*factores distales*–. El *SNS y las políticas de salud* (G) –parte del Estado de bienestar– son determinantes proximales clave de la salud, como demuestra la investigación sobre los DSS. Una limitación común de los modelos estructurales y los dinámicos es que apenas se estudia el tema clave de este capítulo: el efecto del deterioro de la salud en las crisis sobre la sanidad.

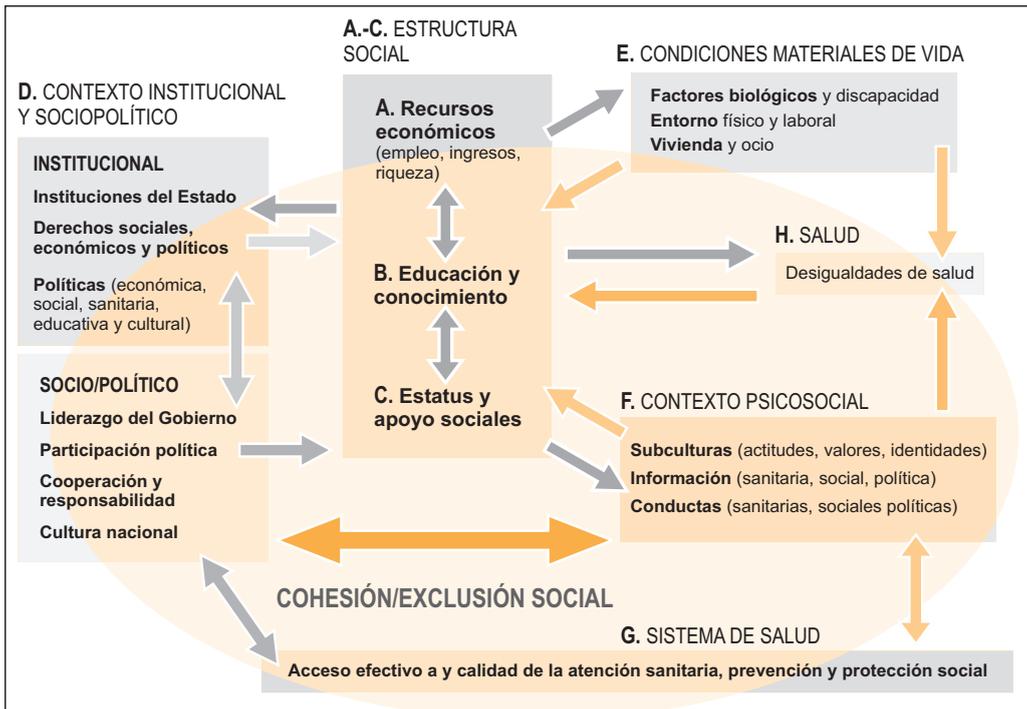
---

<sup>3</sup> Una definición a la vez amplia y operativa del concepto de estructura social puede encontrarse en Mackenbach, J. P. (2012): “The persistence of health inequalities in modern welfare states”, en *Social Science and Medicine*, 75, p. 761-769.

<sup>4</sup> El informe de la Presidencia Española de la Unión Europea de 2010 actualiza este modelo y sirve de guía en este capítulo. Véase <http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>.

Otros documentos clave de referencia (que se citan en los apartados siguientes) son los análisis sobre el impacto de la crisis de la OMS, la UE, la OCDE y algunos investigadores expertos en el tema (y asesores de gobiernos e instituciones internacionales) como Stuckler o McKee; o, en España, Segura, Gili y Costa.

Cuadro 1 – Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (DSS)



**Fuente:** Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): *Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE.*

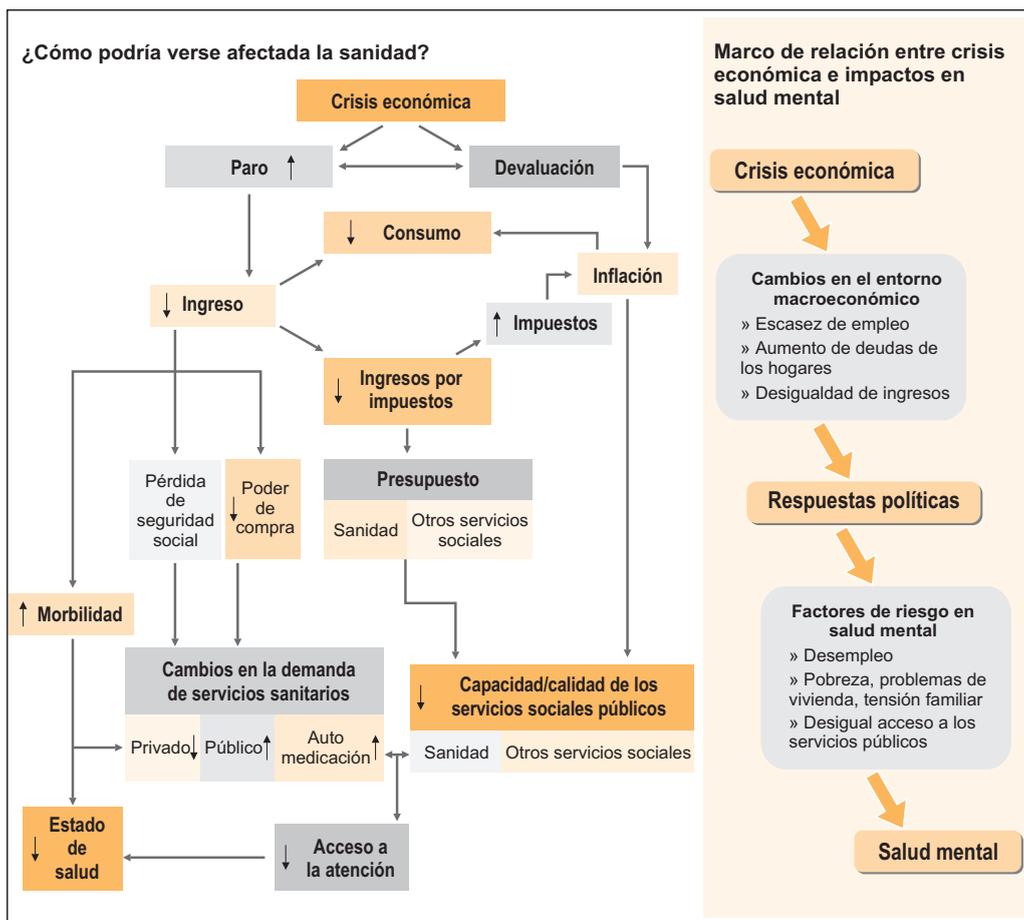
El impacto de la crisis en sanidad depende de *factores estructurales distales* (desigualdades históricas de renta y bienestar) y de condiciones de vida *proximales*, que cambian a ritmo lento. Depende también de *factores dinámicos*, que cambian constante o rápidamente (transición demográfica, coyuntura económica, respuestas políticas e impacto en salud de respuestas ineficaces a coyunturas adversas). Pocas investigaciones analizan ambos efectos.

## 2.2 Antecedentes (2): modelos dinámicos de análisis de impacto

Los modelos dinámicos estudian la evolución en el tiempo de las relaciones entre economía y salud, centrándose en las causas que cambian más (a veces a costa de difuminar lo estructural). Describen de modo sistemático el impacto inmediato en la salud, pero aún no permiten estimar de un modo riguroso el impacto en sanidad o los posibles impactos diferidos<sup>5</sup>. Conceden

<sup>5</sup> Los modelos dinámicos se aplican inicialmente sólo en la investigación biomédica y demográfica, dado su alto coste en datos y análisis. En la última década, estos modelos (y las técnicas estadísticas más recientes como el análisis de supervivencia o la regresión discontinua) comienzan a aplicarse en dos campos relacionados: la evaluación de impacto de políticas

Cuadro 2 – Modelos de impacto dinámico en sanidad y salud mental



Fuente: Wright, S. (2009): *Impact of the economic crisis on the health care sector and its investment*. Rotterdam: European Centre for Health Assets and Architecture (izquierda); y OMS (2011): *Impact of economic crises on mental health* (derecha)<sup>6</sup>.

un papel importante a la salud mental; mientras que los enfoques estructurales a menudo conceden menos importancia a lo psicosocial (considerado *subjetivo*) que a lo material y biológico (considerado *objetivo*).

En el cuadro 2 se muestra el despliegue dinámico del proceso causal que vincula crisis y salud. Existe evidencia sólida de que problemas de salud

y la investigación sobre el curso de vida. Como señala Pierre Michaud, ninguno de ambos campos analiza de modo sistemático el impacto de la crisis en sanidad hasta fechas muy recientes. Véase Michaud, P., Goldman, D., Lakdawalla, D., Zheng, Y. y Gailey, A. (2009): *Understanding the economic consequences of shifting trends in population health*. Cambridge: The National Bureau of Economic Research, Working Paper 15231.

<sup>6</sup> [http://www.echaa.eu/ECHAA/Microsoft%20PowerPoint%20-%20Wright%20Impact%20of%20economic%20crisis%20\(DuCHA%20Rotterdam\).pdf](http://www.echaa.eu/ECHAA/Microsoft%20PowerPoint%20-%20Wright%20Impact%20of%20economic%20crisis%20(DuCHA%20Rotterdam).pdf) y [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf)

mental como la ansiedad y la depresión detectan el impacto inmediato y amplifican el impacto diferido de la crisis en la salud<sup>7</sup> (a través del aumento de la severidad y de los costes de las enfermedades crónicas más comunes<sup>8</sup>). Son, por ello, un factor mediador clave del impacto de la crisis no sólo en salud física y discapacidad sino también en sanidad.

Los modelos dinámicos subrayan que los factores que median entre crisis y salud varían a ritmos diferentes. 1) La *estructura social* (como la mortalidad y la esperanza de vida) cambia más lentamente y refleja en mayor medida inercias históricas. 2) El *Estado de bienestar* (y el SNS) es fruto de políticas redistributivas previas que cambian a ritmo lento (y en menor medida, de las respuestas a la crisis). De ahí la importancia clave de 3) las *respuestas políticas y sociales*, que pueden transformarse a un ritmo relativamente rápido. Y que de orientarse en mala dirección amplificarían en vez de paliar los posibles efectos permanentes de la crisis.

En resumen, la medición adecuada del impacto de la crisis en sanidad requiere:

1. Estudiar las interacciones entre economía, política, sociedad y salud.
2. Desagregar por colectivos y áreas vulnerables.
3. Combinar factores estructurales con modelos dinámicos.
4. Identificar impactos inmediatos, diferidos y permanentes.
5. Incluir indicadores objetivos y subjetivos.

La investigación previa sobre DSS cubre de modo riguroso los dos primeros requisitos; los enfoques dinámicos recientes abordan (de modo aún exploratorio y parcial) los dos últimos. El presente capítulo aporta el tercer requisito y pretende cubrir en lo posible los cinco requisitos necesarios.

---

<sup>7</sup> Véase, por ejemplo, Cooper, B. (2011): "Economic recession and mental health: an overview", en *Neuropsychiatrie*, B25 3, p. 113-117; Wahlbeck, K. y Awolin, M. (2011): *The impact of the economic crisis on the risk of depression and suicide: a literature review*, en <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c39bd6b8-56ad-4ca2-8d87-0e7cdeb50b9f>; OMS (2011): *2011 Impact of economic crises on mental health*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS; Stuckler, D., Basu, S. y McDaid, D. (2010): *Depression amidst depression: Mental health effects of the ongoing recession*, en [http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/85320FDB-20EF-4673-A974-28681A4D7E01/0/Background\\_1\\_EconomicCrises\\_and\\_Mental\\_Health.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/85320FDB-20EF-4673-A974-28681A4D7E01/0/Background_1_EconomicCrises_and_Mental_Health.pdf)

<sup>8</sup> Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M. y Galea, A. (2012): *Long-term conditions and mental health: the cost of comorbidities*. Londres: King's Fund, en [http://www.kingsfund.org.uk/publications/mental\\_health\\_ltc.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/mental_health_ltc.html)

### 3. Marco analítico, objetivos, hipótesis y metodología

#### 3.1 Marco analítico y objetivos de la investigación

El cuadro 3 muestra el modelo analítico del estudio, que describe los impactos estructurales de la crisis en salud y sanidad, junto con su evolución esperada en el tiempo. Primero (flechas en naranja y punteros grandes), hay un impacto *inmediato* en salud (vía estructura social) y en sanidad (vía salud). A continuación se producen las respuestas políticas y sus efectos *diferidos* (flechas negras, punteros grandes); que a su vez modulan (flechas grises) los efectos *permanentes* (flechas negras y naranjas, punteros pequeños). Las respuestas efectivas neutralizan (incluso invierten) posibles impactos adversos. Las no efectivas generan secuelas permanentes que lastran el desarrollo social, económico y político futuro.

Los objetivos y productos de la investigación son los siguientes<sup>9</sup>:

1) Revisión de literatura y prensa sobre impacto de la crisis en sanidad y salud.

2) Recogida y explotación de datos sobre España, EE.UU. y la UE en sanidad (y bienestar) y salud (y desigualdad).

3) Análisis descriptivo y (si la evidencia lo permite) explicativo de los indicadores sensibles a la crisis, para determinar su impacto *inmediato* y anticipar su *efecto y coste futuros* en España.

Cuadro 3 – Modelo analítico del estudio: impacto dinámico en sanidad y salud



Fuente: Elaboración propia.

<sup>9</sup> Los materiales del estudio se recogen mediante: (1) búsqueda bibliográfica en MedLine y la world wide web, con los descriptores *health care* o *health policy*; *health* o *mortality*; *economic* o *financial*; y *crisis*, *downturn*, *recession* o *trends*; (2) búsqueda manual de datos e informes en las web de organismos oficiales internacionales (UE, Eurostat, OCDE, OMS, ILO, UNICEF) y españoles (INE, CIS, ISCIII, Ministerio de Economía, Ministerio de Sanidad); y de ONGs o fundaciones sin ánimo de lucro (Federación para la Defensa de la Sanidad Pública, Cáritas Española, Fundación Encuentro, HAPI, EPHA); y (3) análisis de la prensa nacional, internacional y médica en papel y electrónica.

El tema del impacto de la crisis en salud, analizado en otro trabajo<sup>10</sup>, se trata en este capítulo tan sólo de modo parcial (a través de sus efectos en sanidad<sup>11</sup>).

### 3.2 Metodología e indicadores

El estudio describe tendencias en España antes y después de la crisis, y contrasta el caso español con precedentes internacionales comparables (en la magnitud de la desigualdad *basal* y en la naturaleza y profundidad de los recortes). Los indicadores de interés, que según la investigación previa son sensibles a los efectos de la crisis, se clasifican en cuatro grupos:

— *Indicadores de sanidad*: derechos de acceso, necesidades no atendidas, gasto y financiación sanitaria; recursos y actividad para patologías y niveles sensibles a la crisis.

— *Indicadores de bienestar*: inversión en políticas familiares, de incapacidad y discapacidad, de mantenimiento del empleo y rentas mínimas; innovación e investigación en políticas laborales activas, igualdad educativa, cohesión social y calidad de la democracia.

— *Indicadores sociales*: desempleo e infraempleo de larga duración, empleo juvenil, pobreza infantil, adversidad financiera y desigualdad educativa, discriminación y acoso en la escuela.

— *Indicadores de salud*: suicidios, salud mental, adicciones, infartos e ictus, desnutrición y obesidad, enfermedades crónicas, accidentes y violencia, sida y enfermedades infecciosas, discapacidad, mortalidad prematura, esperanza de vida y salud percibida.

Las tendencias en cuanto a indicadores sociales, de bienestar y de salud sólo se analizan de un modo muy resumido en este estudio, que se centra en los indicadores de sanidad.

### 3.3 Hipótesis de la investigación

Las cinco primeras hipótesis se derivan de la investigación internacional. Las dos últimas de la evolución concreta en España. Ambas se clasifican a continuación según el orden cronológico en el que se espera que se materialicen los efectos (a corto *–inmediatos–*, a medio y largo plazo *–diferidos–* y *permanentes* de por vida).

---

<sup>10</sup> Rico, A. y Blakey, E. (2012).

<sup>11</sup> De hecho, las secuelas en salud de la crisis a menudo no repercuten tanto en sanidad (salvo en las listas de espera) como en demografía (mortalidad prematura), empleo (discapacidad) y pensiones (viudedad, orfandad, ILP y desempleo).

H1 – Los efectos de la crisis en sanidad incluyen: A) el *impacto en la demanda* vía aumento de las necesidades de *salud*; y B) el *impacto en la oferta de sanidad* pública (cobertura y gasto), la política sanitaria (financiación, acceso) y las políticas de salud (DSS, prevención, salud pública).

H2 – El *impacto inmediato* de la crisis en *salud* (A1) depende de la desigualdad en la estructura social y de la generosidad y capacidad redistributiva previas del gasto en bienestar.

H3 – El *impacto inmediato* de la crisis en *sanidad* (B1) consiste en aumentos automáticos del gasto, la actividad y los tiempos de espera al aumentar la demanda y las necesidades de salud (A1). En países con bajo gasto social y alta desigualdad el aumento del gasto sanitario será mayor.

H4 – El *impacto diferido* de la crisis en *sanidad* (B2) depende de la magnitud de B1, y de la respuesta política a la crisis a corto (C1) y medio (C2) plazo; respuesta que depende, a su vez, de la calidad de la democracia y del color del partido en el Gobierno.

H5 – El *impacto diferido en la salud*, si se hace *permanente* (A2), constituye el más grave coste económico y humano de la crisis (de un lado, vía mortalidad prematura y pensiones de viudedad y orfandad; de otro, vía incapacidad, discapacidad, infraempleo y paro de larga duración –y pensiones asociadas–). Depende del gasto sanitario (B1 y B2) *contracíclico*<sup>12</sup> y de la inversión en políticas educativas, familiares, fiscales y laborales proequidad (C1 y C2).

H6 – En España, el *impacto inmediato* de la crisis en *salud* (A1) es de esperar que sea mayor que en Europa noroccidental, debido a la desigualdad heredada del franquismo y a la debilidad histórica del gasto social. La respuesta en sanidad (B1) es de esperar que varíe por subperíodos de alternancia de partidos políticos a nivel central (2008-2011; 2011-2012) y autonómico. Como muestra la investigación previa<sup>13</sup>, los gobiernos de centro-derecha tienden a responder a las crisis con recortes *procíclicos* (con alto riesgo de secuelas diferidas y bajo riesgo de déficit público a corto plazo), mientras que los de centro-izquierda suelen preferir respuestas *contracíclicas* que minimizan las secuelas, aun a riesgo de aumentar la deuda pública.

H7 – En España, el *impacto diferido* (2013-) en sanidad (B2) y salud (A2) dependerá de la fuerza relativa de dos tendencias contrapuestas: el cambio de color de los gobiernos central y autonómicos (hacia el centro-derecha) y el aumento de la calidad de la democracia (vía movilización po-

---

<sup>12</sup> El gasto es *contracíclico* (o *procíclico*) si aumenta (disminuye) en períodos de recesión. Las principales teorías económicas (keynesianas/monetaristas) proponen respuestas contrarias a las crisis (*contracíclicas/procíclicas*).

<sup>13</sup> Boix, C. (2000): "Partisan governments, the international economy and macroeconomic policies in advanced nations 1960-1993", en *World Politics*, 53, p. 38-73.

lítica de los sectores sociales afectados)<sup>14</sup>. La mera discusión pública (C1) de recortes (B1) puede tener efectos adversos en salud (A1) –vía miedo e incertidumbre–; y en sanidad (B2) –vía aumento de las urgencias y el gasto–. Su imposición a medio plazo (C2) contra la opinión de la mayoría podría generar efectos permanentes sobre la salud (A2) y la democracia.

#### 4. Impacto inmediato de la crisis en sanidad

Dos impactos inmediatos en sanidad que dependen poco de la respuesta política, y más de la magnitud de la crisis y la desigualdad previa, son 1) el aumento de la actividad (o las demoras) y el gasto (o el déficit) en sanidad debido al deterioro en la salud de los más vulnerables; y 2) el descenso de ingresos tributarios y por cotizaciones sociales como efecto (directo) del descenso en el empleo y la riqueza, e (indirecto) del deterioro en la salud.

##### 4.1 Más necesidades y utilización de servicios sensibles

La evidencia<sup>15</sup> sugiere que el impacto inmediato va a ser especialmente duro en salud mental. Pocos estudios controlan por estructura social y salud o cuentan con datos de representatividad suficiente. El trabajo de Gili y colaboradores (gráfico 1) cumple criterios de excelencia y demuestra con fundamento aumentos de las visitas en atención primaria entre 2006 y 2010 del 20% en depresión mayor (ajustado por edad, sexo, renta, educación, empleo, estado civil y ámbito rural/urbano) y del 5%-10% en otros problemas relacionados (distimia, ansiedad, abuso de alcohol, etc.). Aumentan también las visitas por enfermedades transmisibles<sup>16</sup> y el consumo de fármacos sensibles como antidepresivos y antidiabéticos (gráfico 2). En contraste, en la década previa caen las consultas por habitante (gráfico 3).

En los hospitales, aumentan las urgencias –muy altas– (apartado 8). Disminuyen los ingresos medios –ya en mínimos europeos–, aunque

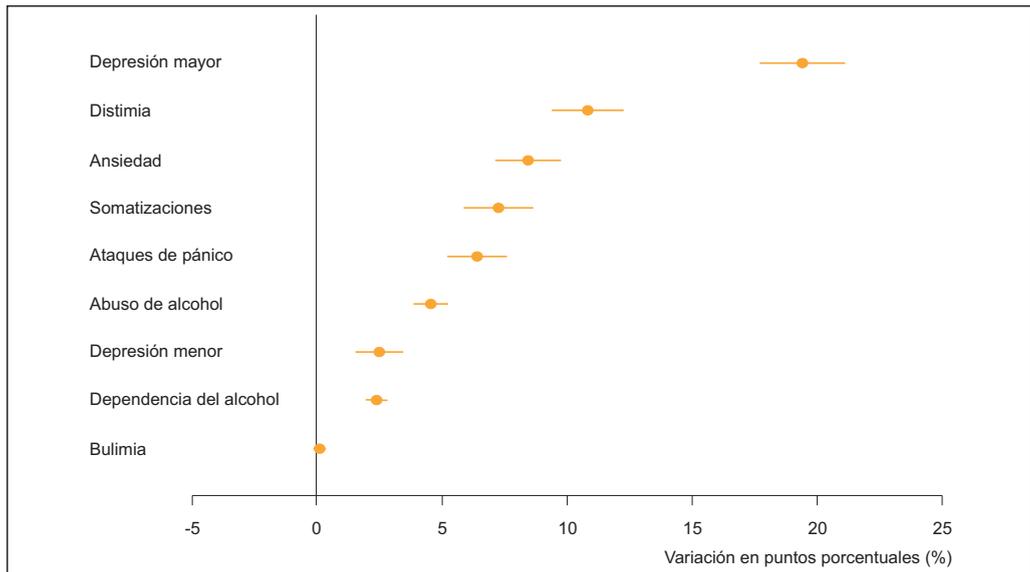
---

<sup>14</sup> En septiembre de 2012, a fecha de cierre de este trabajo, existen ya dos decretos-ley (uno aprobado en abril y otro en agosto) sobre recortes en sanidad que representan cambios en esta balanza de fuerzas.

<sup>15</sup> Ver notas 6 y 10.

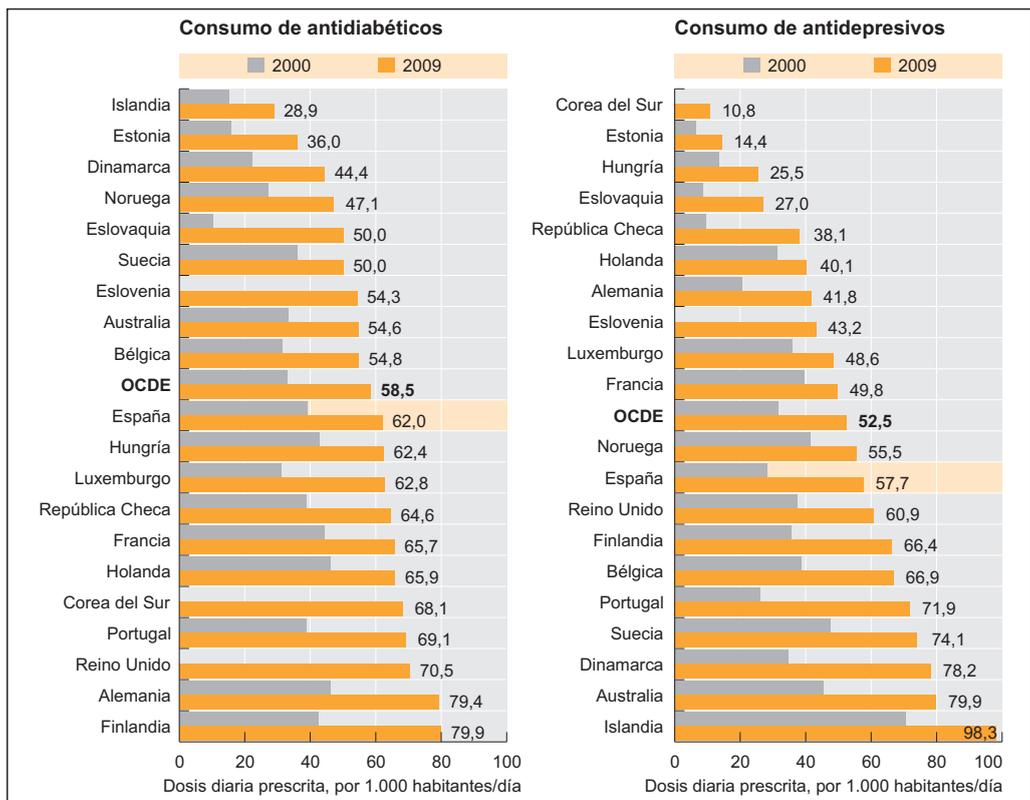
<sup>16</sup> El descenso de la *tuberculosis* se interrumpe en 2008-2009 (INE, 2012). En 2006-2009, las tasas medias descienden (un 5%), pero suben en Galicia (80%), Cataluña (40%), La Rioja (20%) y Castilla y León (5%). En el País Vasco y Navarra descienden un 100%. Aumentan los diagnósticos de *sífilis* (Rivera y Díez, tesina no publicada, ENS, ISCIII, septiembre de 2012) en quince centros de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual: se multiplican por 3 en Cataluña, por 4 en Andalucía y Murcia, por 5 en Valencia y País Vasco, por 6 en Madrid y por 10 en Asturias en 2005-2009. El 40% son personas de bajo nivel educativo; dos tercios son españoles y un tercio extranjeros.

**Gráfico 1 – Aumento de los problemas de salud mental en atención primaria. En porcentaje. 2006-2010**



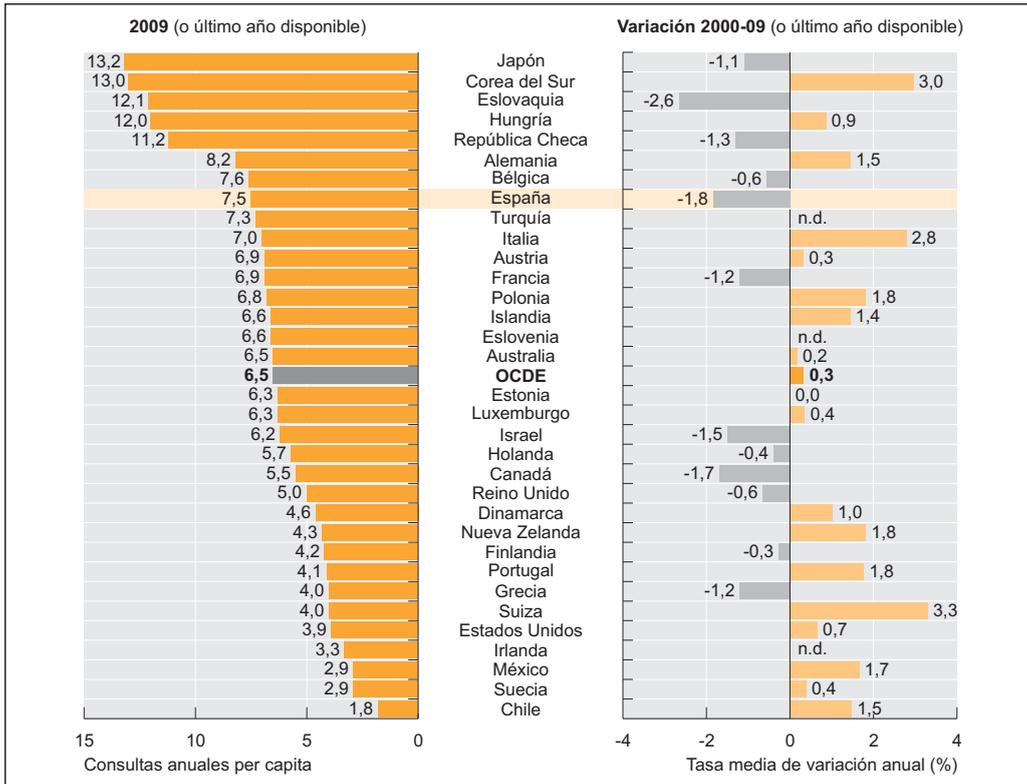
**Fuente:** Gili, M., Roca, M., Basu, S., Stuckler, D. y McKee, D. (2012): "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010", en *European Journal of Public Health*, 22(2).

**Gráfico 2 – Evolución del consumo de medicación sensible a la crisis en países de la OCDE. 2000-2009**



**Fuente:** OCDE (2011): *Health at a Glance 2011*. París.

Gráfico 3 – Consultas por habitante e incremento en países de la OCDE. 2000-2009



Fuente: OCDE (2011): *Health at a Glance 2011*. París.

aumentan en patologías *sensibles*<sup>17</sup>: circulatorias, accidentes, suicidios y tumores (gráfico 4). La cirugía cardíaca de alta tecnología aumenta tras

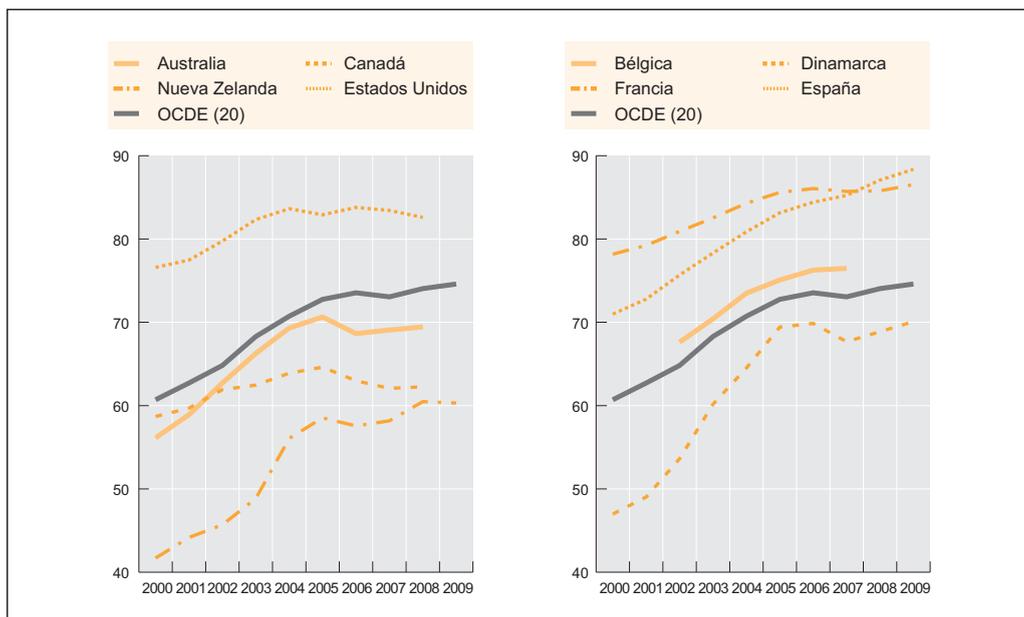
<sup>17</sup> Ver el resumen de la European Public Health Alliance *EUPHA Snapshot 2012-2. The economic crisis and its impact on public health*. En castellano, Segura, J.: *Mortalidad y crisis económica: una compleja relación*, en [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/03/11/133156](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/03/11/133156); y la bibliografía seleccionada por el Centro de Recursos de Evaluación del Impacto en Salud. Además: Lundberg, M. y Wuermli, A. (eds.) (2012): *Children and youth in times of economic shocks*. Washington: World Bank; Kaplan, G. (2012): "Economic crises: some thoughts on why, when and where they might matter for health", en *Social Science & Medicine*, 74(5), p. 643-646; Suhrcke, M. y Stuckler, D. (2012): "Will the recession be bad for our health? It depends", en *Social Science & Medicine*, 74(5), p. 647-653; Winters, L., McAteer, S. y Scott-Samuel, A. (2012): *Assessing the Impact of the Economic Downturn on Health and Wellbeing*. Liverpool: Liverpool Public Health Observatory, 88; Davalos, M. y French, M. (2011): "This recession is wearing me out! Health-related quality of life and economic downturns", en *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14(2), p. 61-72; Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M. et al. (2011): "The impact of economic crises on communicable disease transmission and control", en *PLoS ONE*, 6(6), e20724; Roelfs, D. J., Shor, E., Davidson, K. W. y Schwartz, J. E. (2011): "Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality", en *Social Science & Medicine*, 72, p. 840-854; Stuckler, D., Meissner, C. y King, L. (2008): "Can a bank crisis break your heart?", en *Globalization and Health*, 4.

**Gráfico 4 – Ingresos hospitalarios. 2009-2010**

	Ingresos hospitalarios	% de variación 2010-2009	
<b>Total</b>	<b>4.720.545</b>	-1,3	
Enfermedades del sistema circulatorio	615.355		0,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	579.827	-2,9	
Enfermedades del aparato digestivo	570.948		0,1
Enfermedades del aparato respiratorio	506.545	-6,9	
Neoplasias (tumores)	437.745		1,1
Lesiones y envenenamientos	407.209		0,7
Resto	1.602.916	-1,2	

Fuente: INE, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, varios años.

**Gráfico 5 – Angioplastias coronarias en algunos países de la OCDE. Porcentaje del total de revascularizaciones. 2000-2009**



Fuente: OCDE (2011): *Health at a Glance 2011*. París.

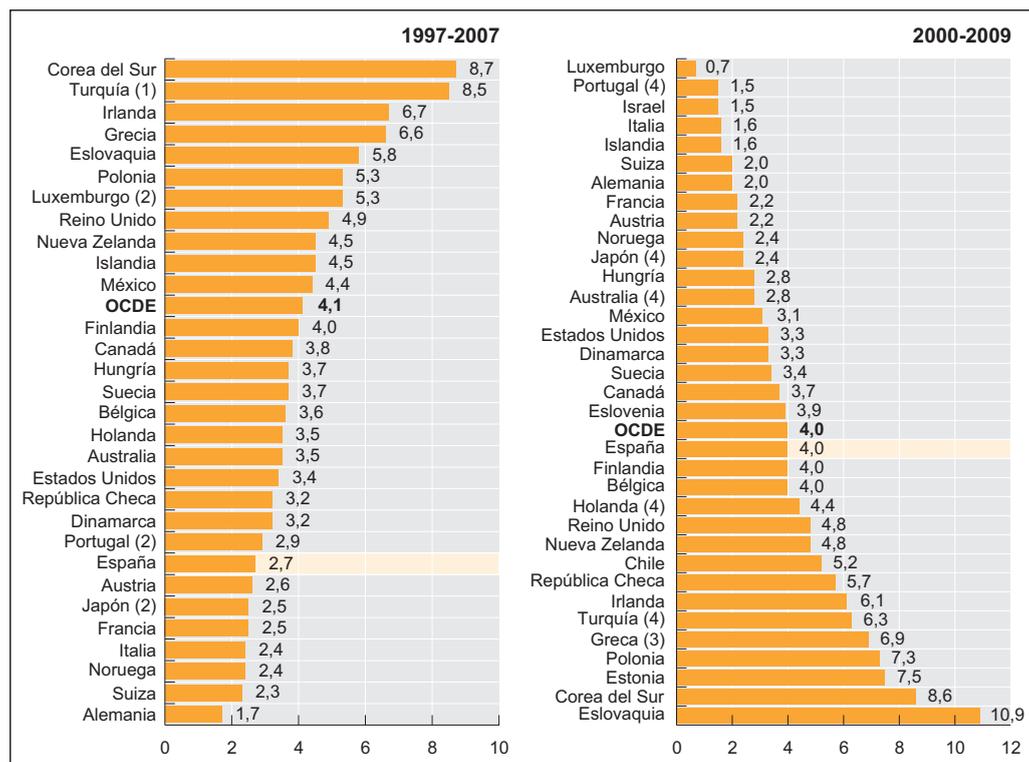
la crisis y alcanza máximos en la OCDE (gráfico 5). Desciende la actividad en enfermedades respiratorias y complicaciones del embarazo. Ello puede reflejar impactos indirectos de la crisis (caída de la contaminación y la natalidad –INE, 2012–), o bien efectos intencionados de los recortes (ajustes compensatorios por los aumentos en tecnología y farmacia en patologías asociadas a la pobreza). En este último caso, generarían gasto diferido, mortalidad evitable y secuelas de por vida en neonatos, madres recientes y enfermos crónicos.

## 4.2 ¿Más gasto a mayor necesidad?

El aumento inmediato del gasto en sanidad tras la crisis depende, pues, del deterioro neto en salud como consecuencia de la misma. Pesa más como factor desestabilizador cuanto más ajustados sean los presupuestos y menores los ingresos públicos con carácter previo (en sanidad y en programas sociales de alto impacto en salud como servicios sociales, rentas mínimas y políticas de empleo). Durante los últimos quince años, el gasto social aumenta poco en España, por debajo de la media europea (apartado 8). La excepción son los períodos 2003-2005 y 2007-2009, probablemente como resultado de las dos crisis económicas cuyo impacto inmediato en España se deja sentir en las mismas fechas. La descentralización sanitaria (quizás debido al bajo grado de descentralización fiscal, salvo en las comunidades forales), contra toda expectativa, ha permitido un control del gasto superior al de países vecinos con gobierno centralizado, como Portugal o Reino Unido.

En 1997-2007 (gráfico 6), el aumento en España del gasto per cápita en sanidad está entre los menores de la OCDE, por debajo de los países de Europa del Este, Portugal, Grecia e incluso de EE.UU. (donde desde 1996 se aplican recortes más radicales que los de 2012 en España). En el período

Gráfico 6 – Variación del gasto per cápita en sanidad en los países de la OCDE. En porcentaje. 1997-2009



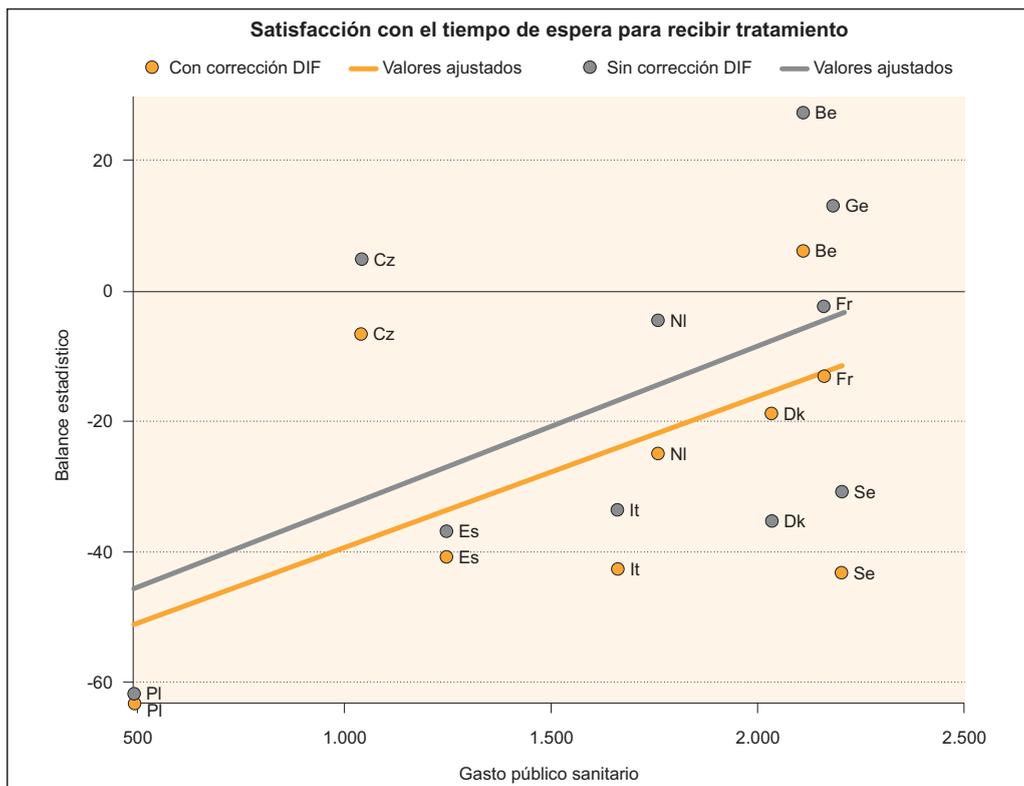
(1) Datos hasta 2005. (2) Datos hasta 2006. (3) Datos hasta 2007. (4) Datos hasta 2008.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de OCDE: *Health at a Glance*, varios años.

do 2000-2009, los aumentos registrados desde 2003 pesan más y el gasto se aproxima a la media de la OCDE. La pauta general de racionamiento del gasto se traduce en rápidos aumentos de las listas de espera en 2011 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad –MSSSI–, 2012) y niveles altos (semejantes a los de Italia, Suecia y Dinamarca) de insatisfacción con el acceso ya en 2007, por comparación con la República Checa, Bélgica, Alemania, Holanda y Francia.

El gráfico 7 muestra que existen más ciudadanos insatisfechos con las listas de espera que satisfechos: la diferencia entre ambos porcentajes (eje vertical) es negativa en la mayoría de los países (mientras que es positiva y mayor de 20 para la dotación de los hospitales y la comunicación con los médicos, otros dos aspectos evaluados en el estudio que no se muestran en el gráfico). La insatisfacción general con el acceso se asocia (como los otros dos aspectos) con el nivel de gasto (eje horizontal). La asociación se hace más fuerte al controlar por la salud y algunos de sus determinantes sociales (corrección DIF). Los bajos niveles de gasto y satisfacción con el acceso en España, a pesar de la alta satisfacción con sus instalaciones y procesos clínicos, promueven la huida al sector privado, que aumenta en períodos

**Gráfico 7 – Gasto sanitario e insatisfacción con las listas de espera en algunos países de la UE. 2007**



**Fuente:** Sirven, N., Santos-Eggimann, B. y Spagnoli, J. (2008): *Comparability of Health Care Responsiveness in Europe Using anchoring vignettes from SHARE*, Working paper 15. Paris: IRDES.

de recesión (60% en 1985-1993 y 25% en 2003-2008) y duplica su peso en el gasto total entre 1980 y 2008<sup>18</sup>.

### 4.3 Menos ingresos fiscales y más infrapresupuestación

Desde el inicio de la crisis, España triplica su tasa de desempleo, que en 2012 era, con diferencia, la más alta en la UE-15<sup>19</sup>. La caída del empleo y el PIB reduce un 6% los ingresos públicos en 2009-2010 (sólo superada por Irlanda) y aumenta un 3% el gasto en subsidios (debido al esfuerzo contracíclico del Gobierno central). El agotamiento de los superávits generados en la Tesorería de la Seguridad Social durante la etapa de crecimiento se traduce en un rápido endeudamiento y sitúa el balance fiscal en España (y en Irlanda y EE.UU.) en los tres últimos puestos de la OCDE: se pasa de pequeños superávits (España e Irlanda) o déficits (EE.UU.) en 2007 a grandes déficits de hasta el 10% del PIB en 2010<sup>20</sup>.

Como ha destacado Sánchez-Bayle<sup>21</sup>, a nivel autonómico se registra una infrapresupuestación inicial (2008-2010) en comunidades autónomas con gobiernos de centro-derecha (Baleares, Canarias, La Rioja, Comunidad de Madrid), que da lugar a déficits diferidos en 2011-2012. Aun así, estas cuatro comunidades autónomas (junto con Cataluña y Extremadura) aplican recortes del 5%-10% en 2011-2012. En 2008-2012 cae un 1% el gasto por habitante en España (de 1.283 a 1.273 euros). Cinco comunidades autónomas registran aumentos contracíclicos (del 3%-13%): Aragón, Asturias, Murcia, Navarra y País Vasco. Los gastos corrientes sufren menos: sólo descienden en 2011 y menos del 4%, salvo en Canarias (12%), La Rioja (10%), Cantabria (8%), Baleares (7%), Cataluña y Extremadura (6%) y Asturias (5%). Los gastos de capital caen antes (en 2008-2009) y de modo más radical (-50% de media en 2008-2011 y más del -100% en Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y La Rioja). La fuerte desinversión se deja de deuda histórica para las generaciones siguientes (por lo que UNICEF la define como *deuda de los niños*)<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> OCDE (2011): *Health at a Glance*, en <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesand-data/49105858.pdf>

<sup>19</sup> OCDE (2012): *30 years of the OCDE Employment Outlook*, en <http://www.oecd.org/els/employmentpoliciesanddata/30%20YEARS%20%20OECD%20EMO%20final.pdf>

<sup>20</sup> Martín, J. (2011): "The Great Recession and the Distribution of Household Income: Comments", en *Income across the Great Recession, XIII European Conference*. Palermo: Fondazione Rodolfo De Benedetti. En [http://www.frdb.org/upload/file/palermo\\_martin.pdf](http://www.frdb.org/upload/file/palermo_martin.pdf), p. 11. Véase <http://www.frdb.org/language/eng/topic/conferences/scheda/conference-incomes-across-great-recession>

<sup>21</sup> Sánchez-Bayle, M. (2011): *La descentralización en España. Algunos resultados y reflexiones*, en [www.conasems.org.br/files/8h\\_Marciano\\_Sanchez\\_Bayle.pdf](http://www.conasems.org.br/files/8h_Marciano_Sanchez_Bayle.pdf)

<sup>22</sup> González-Bueno, G., Bello, A. y Arias M. (2012): *La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños*. Madrid: UNICEF.

## 5. La respuesta política en sanidad: España y la UE

### 5.1 La respuesta política en España: ¿de país europeo a “Estado unido”?

La primera medida de recorte en sanidad es el cierre de un 25% de los centros de atención primaria en Cataluña. En 2011, el Gobierno socialista central baja un 5% los salarios y suspende sustituciones y contratación de interinos, lo que reduce el gasto en 1.500 millones<sup>23</sup>. En 2012, el Gobierno popular anuncia recortes del 20% para 2012-2014<sup>24</sup>. En 2012 son del 14% en sanidad y del 40% o más en campos complementarios clave, como infancia, dependencia y servicios sociales<sup>25</sup>.

En marzo, la reforma laboral<sup>26</sup> recorta el poder sindical y los derechos de seguridad y salud laboral y abarata y facilita los despidos<sup>27</sup>. El nuevo artículo 52.b del Estatuto de los Trabajadores permite el despido por ocho días de baja médica en un período de dos meses, independientemente de que se sufran enfermedades crónicas o se tengan niños enfermos en edad escolar y del grado de absentismo en el empleo<sup>28</sup>. La disposición adicional vigésima permite por vez primera en España el despido colectivo en el sector público por insuficiencia presupuestaria<sup>29</sup>.

El Real Decreto-ley 16/2012 de *medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*, de 20 de abril, introduce recortes estructurales asimétricos en derechos e inicia la transición al modelo de Seguridad Social introducido en España por el general Franco (y en Centroeuropa por el canciller Bismarck y la democracia cristiana), que preserva la desigualdad estructural del mercado laboral, así como la subordinación de la mujer en el seno de la familia tradicional<sup>30</sup>. Considerado por

---

<sup>23</sup> European Public Health Alliance (2012): *EUPHASnapshot 2012-2. The economic crisis and its impact on public health*.

<sup>24</sup> “Rajoy anuncia el recorte de 10.000 millones en Educación y Sanidad”, *El País*, 9 de abril de 2012.

<sup>25</sup> <http://www.diariomedico.com/2012/04/02/area-profesional/sanidad/pge-recortan-137-fondos-ministerio-sanidad-283-millones-menos-dependencia>

<sup>26</sup> *Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral*, en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/02/11/pdfs/BOE-A-2012-2076.pdf>

<sup>27</sup> Sobre los contenidos y efectos de la reforma laboral, véase <http://efectosreformalaboral.ccoo.es>

<sup>28</sup> <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/crisis-trabajo-saludccnaranja.pdf>

<sup>29</sup> <http://www.diariomedico.com/2012/04/02/area-profesional/la-consulta/despido-colectivo-funcion-publica>

<sup>30</sup> Esping-Andersen, G. (2003): “Why no socialism anywhere? A reply to Alex Hicks and Lane Kenworthy”, en *Socio-Economic Review*, 1, p. 63-70; Hicks, A. y Kenworthy, L. (2003): “Varieties of welfare capitalism”, en *Socio-Economic Review*, 1, p. 27-61.

muchos como una ruptura del acuerdo constitucional, supone además una ruptura de la pauta europea de políticas sociales universales y contracíclicas<sup>31</sup>, sin precedentes en España o en la UE-15.

El 3 de agosto se aprueba el Real Decreto 1192/2012 que regula la condición de asegurado<sup>32</sup>. El 7 de agosto se envía a las comunidades autónomas una orden<sup>33</sup> que regularía la asistencia de los grupos excluidos (inmigrantes irregulares y emigrantes españoles –estos últimos no se mencionan en las reformas ni en el debate político–). Ambos textos legales son ambiguos (por ejemplo, sobre si el SNS puede cobrar a embarazadas y menores extranjeros<sup>34</sup>), no se acompañan de explicaciones o informes oficiales (salvo que “las medidas aseguran la universalidad para los españoles” y suprimirán el “turismo sanitario”<sup>35</sup>), incluyen cálculos insostenibles desde un punto de vista científico<sup>36</sup>, atentan contra la transparencia y el debate democrático al salir a la luz en el período de vacaciones parlamentarias, reflejan una vuelta atrás con respecto a medidas más radicales anunciadas en abril (por ejemplo, la exclusión de parados y menores de 26 años sin empleo) y sientan un peligroso precedente: al regular derechos por decreto –u orden– y reintroducir la Seguridad Social, permiten exclusiones futuras por decisión de la/el ministra/o de sanidad<sup>37</sup>. Otra medida aprobada en período estival es la exclusión de la cobertura de casi medio millar de productos farmacéuticos; cerca de un centenar de ellos se cubren sólo para algunos enfermos (por ejemplo, los opiáceos para paliar el dolor de enfermos terminales, excluidos salvo para los “enfermos de cáncer con tos persistente”<sup>38</sup>).

---

<sup>31</sup> Bouquet, D. (2003): “Convergence in social welfare systems: what are we talking about?”, en *Social Policy & Administration*, 37(6), p. 674-693.

<sup>32</sup> *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>

<sup>33</sup> [http://www.cadenaser.com/csermedia/cadenaser/media/201208/07/espana/20120807/csrsrsmac\\_1\\_Pes\\_PDF.pdf](http://www.cadenaser.com/csermedia/cadenaser/media/201208/07/espana/20120807/csrsrsmac_1_Pes_PDF.pdf)

<sup>34</sup> [http://politica.elpais.com/politica/2012/08/06/actualidad/1344283372\\_228885.html](http://politica.elpais.com/politica/2012/08/06/actualidad/1344283372_228885.html)

<sup>35</sup> <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2526>

<sup>36</sup> Véanse los trabajos científicos citados en [http://elpais.com/diario/2011/05/23/opinion/1306101610\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/05/23/opinion/1306101610_850215.html) y <http://www.nogracias.eu/2012/04/24/objecion-de-conciencia-profesional-a-la-palicao-efectiva-del-decreto-de-ley-inmoral-y-xenofobo-que-niega-la-atencion-sanitaria-a-los-inmigrantes-irregulares/>

<sup>37</sup> La Constitución, sin embargo, prescribe que las medidas que afecten a derechos deben regularse por ley orgánica. El Tribunal Constitucional ha declarado inconstitucional el rango (no el contenido) de reformas previas que afectan a derechos (por ejemplo, la Ley de Ordenación del Proceso Autonómico (LOAPA) o la propia Ley General de Sanidad, tramitada inicialmente junto con la Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública).

<sup>38</sup> <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2532>

Las respuestas autonómicas dependen del color del partido político en el gobierno. En comunidades autónomas gobernadas por partidos de centro-derecha<sup>39</sup>, los recortes son en servicios de bajo coste, sensibles y más efectivos para contrarrestar su impacto en salud, como salud mental, enfermería, atención primaria, promoción de la salud, salud laboral y prevención de enfermedades infecciosas, crónicas y conductas de riesgo. Las cinco comunidades autónomas no gobernadas por el Partido Popular (Andalucía, Asturias, Cataluña, Canarias y País Vasco) presentan demandas jurídicas contra la legislación central de recortes; dos más, Galicia y Comunidad Valenciana, declaran que atenderán a los inmigrantes pobres. Andalucía y País Vasco revierten además las medidas más controvertidas mediante normativa autonómica, a lo que el Gobierno central responde presentando un recurso contra estas medidas ante el Tribunal Constitucional<sup>40</sup>.

A fecha de cierre del capítulo (1 de septiembre de 2012), tres respuestas políticas en sanidad parecen consolidadas:

1. La exclusión de inmigrantes indocumentados (unos 900.000 según estimaciones oficiales) y emigrantes españoles<sup>41</sup> (una orden aún no aprobada establece tarifas de 700 euros al año para los irregulares por el acceso al SNS); y de residentes extranjeros con ingresos de más de 100.000 euros al año (un 3% de la población, según el INE).

2. El aumento de copagos en farmacia y su modulación por renta.

3. La restricción de la cobertura a una cartera de servicios básicos (mientras que para el resto, denominados complementarios, no está clara). La exclusión de la población no activa ni familiar de un activo, eliminada a última hora de las medidas de desarrollo del “decretazo” debido a la contes-tación social, queda abierta, tras la derogación del decreto de cobertura de la población sin recursos económicos de 1988, a una posterior re-regulación vía legislación ordinaria.

## 5.2 La respuesta social: opinión pública, profesionales y expertos

A pesar de sus altos costes humanos, las crisis pueden reducir la prioridad de la salud para gobiernos y ciudadanos frente a problemas económi-

---

<sup>39</sup> <http://www.20minutos.es/noticia/1173804/0/mapa/recortes/comunidades-ayuntamientos/>

<sup>40</sup> <http://www.diariomedico.com/2012/07/16/area-profesional/sanidad/rajoy-lleva-paisvasco-ante-tc-por-no-aplicar-recortes>

<sup>41</sup> Cerca de un millón y medio de españoles solicitaron en 2011 el voto por correo por residir en el extranjero. En 2010 emigraron cerca de 30.000 españoles, unos 60.000 en 2011 y 43.000 más en el primer semestre de 2012, según los cálculos del INE; por lo que a finales de 2012 representarían cerca de un 5% de la población total. Se trata, por lo general, de jóvenes bien formados, por lo que la supresión de sus derechos de acceso al SNS puede obstaculizar el retorno de *cerebros* y de trabajadores injustamente forzados por la crisis a salir del país.

cos acuciantes<sup>42</sup>. En 2011-2012, la respuesta política en sanidad se ajusta a estas predicciones. Y ello a pesar de la alta prioridad que tiene para los ciudadanos, que aumenta tras los recortes. Los datos muestran que en 2008-2011 se dispara la preocupación por la economía y el paro: menos del 4% consideran la sanidad un problema en 2008, en septiembre de 2011 son ya un 6%. En mayo de 2012, la sanidad es ya el cuarto problema de la lista y en junio está ya en tercer lugar<sup>43</sup>; en julio, un 10% de la población la considera el principal problema del país<sup>44</sup>.

La reacción de la población, secundada por plataformas ciudadanas<sup>45</sup>, medios<sup>46</sup>, expertos<sup>47</sup>, profesionales, ONGs y asociaciones<sup>48</sup>, se corresponde con la magnitud y naturaleza de los recortes, que 1) combinan reducciones procíclicas del gasto con la mayor reforma estructural acometida en España desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1931; 2) introducen asimetrías de derechos en el acceso al SNS que perjudican a poblaciones vulnerables; 3) permiten excluir prestaciones en el futuro por orden ministerial; y 4) debilitan aún más la atención comunitaria, clave para prevenir impactos adversos en salud. El decreto y el plan de recortes de 2012 representan por ello una ruptura radical con la pauta previa de baja presupuestación pública y medidas tímidas de fomento de la huida al sector privado (por ejemplo, incentivos fiscales al aseguramiento privado y a los seguros de empresa; transferencia de poder a las mutuas privadas de accidentes del trabajo; mantenimiento de derechos asimétricos a través de MUFACE, etc.). La reforma de 2012 introduce nuevas debilidades estructurales en el SNS y refuerza las históricas, lo que supone un retroceso efectivo en derechos sociales básicos.

---

<sup>42</sup> Dávila, D. y González, B. (2009): "Crisis económica y salud", en *Gaceta Sanitaria*, 23(4), p. 261-265.

<sup>43</sup> <http://www.diariomedico.com/2012/07/02/area-profesional/sanidad/-sns-necesita-mejorar-no-tanto>

<sup>44</sup> Elaboración propia a partir de las series del CIS. En [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)

<sup>45</sup> Por ejemplo, la plataforma Yo Sí Sanidad Universal o las asambleas por barrios del movimiento 15M.

<sup>46</sup> Por ejemplo, <http://www.rtve.es/noticias/20120423/reforma-ley-extranjeria/517947.shtml>. También el innovador anuncio publicitario en televisión de Médicos del Mundo, en la línea del *marketing* ético de la salud como derecho universal.

<sup>47</sup> El Centro de Recursos para la Evaluación del Impacto en Salud incluye un listado de artículos y manifiestos sobre la reforma de 2012, en <http://www.creis.es/documentacion/crisis-y-salud?Name=Value>

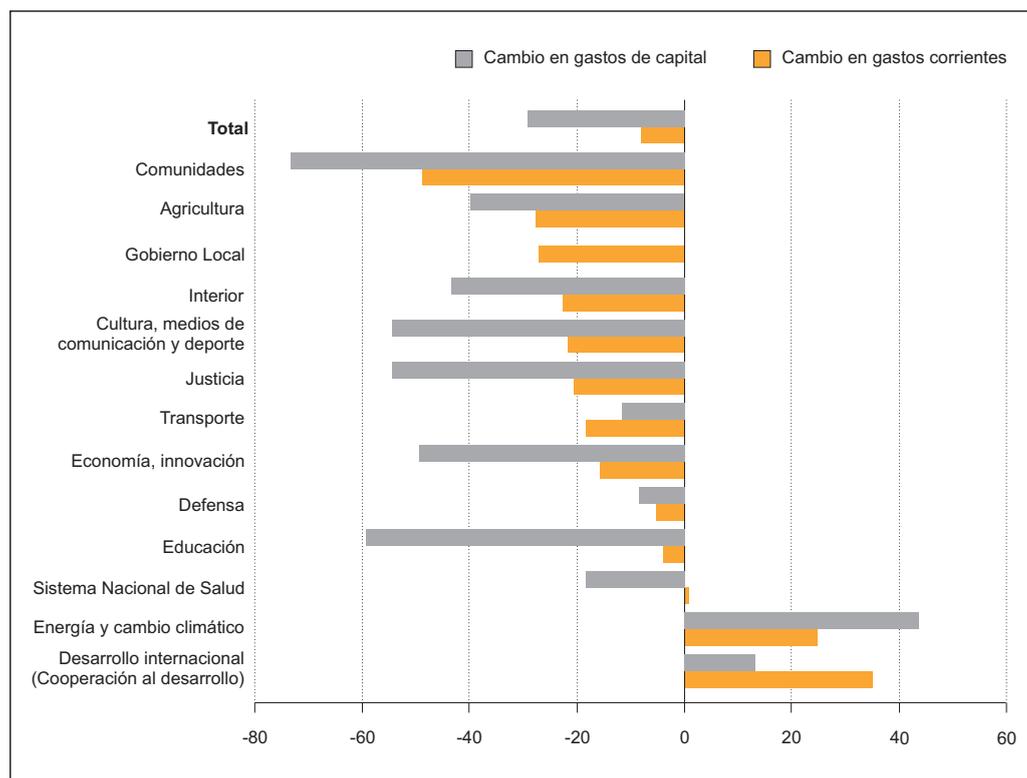
<sup>48</sup> El 31 de agosto de 2012, 1.700 profesionales coordinados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) y Médicos del Mundo objetan a la aplicación de las reformas (por ejemplo, <http://www.nogracias.eu/2012/04/24/objecion-de-conciencia-profesional-a-la-palicao-efectiva-del-decreto-de-ley-inmoral-y-xenofobo-que-niega-la-atencion-sanitaria-a-los-inmigrantes-irregulares>). El Gobierno central respondió prohibiéndoles asistir a inmigrantes irregulares en las instalaciones públicas.

### 5.3 Recortes estructurales procíclicos en la UE

Pocos países europeos aplican reformas comparables a las españolas, que aúnen infrainversión sostenida en bienestar y sanidad con recortes estructurales procíclicos bruscos. Reino Unido es uno de ellos, aunque los recortes son menores. En los países del Este (que sólo se tratan brevemente) son semejantes en magnitud, pero no en asimetría<sup>49</sup>. El único país comparable es EE.UU. en el período 1987-2008. Dada su utilidad para anticipar efectos diferidos en España, dedicamos dos apartados (6 y 7) a su estudio.

El plan británico de recortes para 2011-2015 (gráfico 8) es, con el irlandés, de los más estrictos<sup>50</sup>. Aun así, no se toca el gasto corriente en sanidad (ni en educación) y el de capital cae un 20% (60% en educación), la mitad que en España. Además, los recortes se aplican tras una década de in-

**Gráfico 8 – Magnitud e impacto distributivo de los recortes en Reino Unido. En porcentaje. 2011-2015**

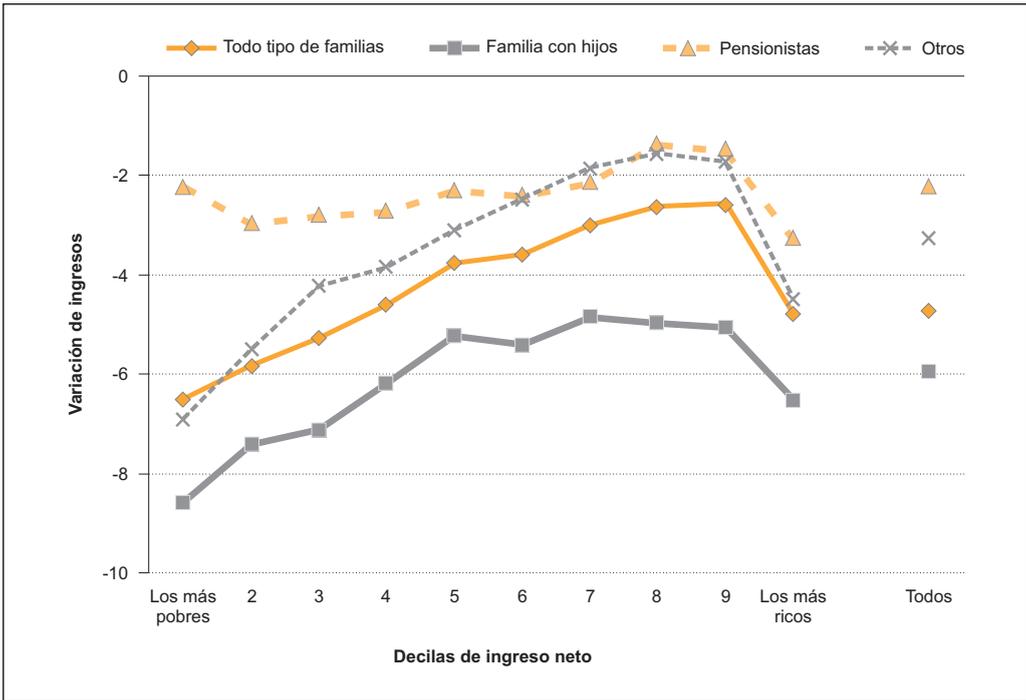


**Fuente:** Atkinson, A. B. (2011): "The Great Recession and the Distribution of Household Income: Comments", en *Income across the Great Recession, XIII European Conference*. Palermo: Fondazione Rodolfo De Benedetti. En [http://www.frdb.org/upload/file/palermo\\_atkinson.pdf](http://www.frdb.org/upload/file/palermo_atkinson.pdf)

<sup>49</sup> European Public Health Alliance (2012).

<sup>50</sup> McKee, M. (2010): *Health in a time of financial crisis: Responding to the challenge*. Budapest: European Observatory on Health Systems and Policies, en [www.medicalonline.hu/download.php?id=5587](http://www.medicalonline.hu/download.php?id=5587)

Gráfico 9 – Impacto distributivo estimado de los recortes en Reino Unido. 2011-2015



Fuente: Browne, J. (2011): "Personal tax and benefit changes", Institute for Fiscal Studies, en [http://www.ifs.org.uk/budgets/budget2011/budget2011\\_jb.pdf](http://www.ifs.org.uk/budgets/budget2011/budget2011_jb.pdf)

versión extra en el NHS, que aumenta un 50% su peso en el PIB. A pesar de ello, su impacto (gráfico 9) es dramático y se concentra en el 40% más pobre (y en el 10% más rico, vía destope del impuesto sobre la renta). Son urgentes estudios semejantes en España, tanto para paliar impactos diferidos como por imperativo democrático.

#### 5.4 Inmigración y derechos asimétricos en la UE

##### Inmigración y asimetrías en derechos de acceso en Reino Unido

En 1977, el acceso al NHS británico se restringe para todo aquel que no tenga la residencia por la vía de permitir que se facture a estos usuarios el coste íntegro de la atención. En 1989 se revierte la medida y se declara exentos de pago a los inmigrantes en reunificación familiar, a aquellos con más de doce meses de residencia, a los trabajadores informales y a los solicitantes de asilo. Y se declaran gratis para todos las urgencias, la atención a enfermedades infecciosas (sobre todo las de transmisión sexual) y al parto, los servicios de emergencias y los servicios de planificación familiar.

La reforma de 2006 excluye a los no documentados (unos 600.000 en 2009)<sup>51</sup> y desata una tormenta política. Primero responden médicos y asociaciones humanitarias, que reclaman atender gratuitamente a los excluidos. La prestigiosa British Medical Association recurre la normativa. En 2007, el informe sobre la reforma encargado por el Gobierno se bloquea por desacuerdos entre el ministerio de Economía (preocupado por el “efecto llamada”) y el de Sanidad (por el impacto humanitario y los costes diferidos). Gales y Escocia objetan a las medidas. En 2008, el Tribunal Superior de Justicia falla en contra de la reforma. El Gobierno recurre y gana en 2009. Poco después, publica el informe oficial, que revoca en parte las medidas previas<sup>52</sup> y no pasa a fase de consulta –ni prospera la legislación de desarrollo en 2010 como estaba previsto–.

### **Inmigrantes no documentados y asimetría de derechos en la UE**

El impacto en salud del estatus de inmigrante es un tema de investigación de larga tradición en epidemiología y salud pública en EE.UU. y la UE<sup>53</sup>. El impacto en salud de sus derechos asimétricos en sanidad, problema y tema estrella en EE.UU., es más reciente en la UE. La revisión en Medline y Google localiza una docena de artículos (y dos proyectos europeos<sup>54</sup>) que aportan información interesante, aunque no generalizable. Los problemas de acceso parecen generales pero no graves en la UE: la atención comunitaria (primaria, materno-infantil, enfermedades infecciosas, salud

---

<sup>51</sup> El subapartado se basa en recursos web. Dos buenos resúmenes oficiales son: *Coverage of illegal immigrants in the UK* (<http://mighealth.net/uk/index.php/Summary>) y *Access to NHS services for foreign nationals* (<http://www.wired-gov.net/wg/wg-news-1.nsf/lfi/404959>). Hay pocas publicaciones científicas actualizadas, dado que la reforma no se aplica. Véase Hargreaves, S., Holmes, A., Saxena, S., Le Feuvre, P., Farah, W., Shafi, G., Chaudry, J., Khan, H. y Friedland, J. (2008): “Charging Systems for Migrants in Primary Care: The Experiences of Family Doctors in a High-Migrant area of London”, en *Journal of Travel Medicine*, 15(1), p. 13-18; y Grit, K., den Otter, J. y Spreij, A. (2012): “Access to Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Policy Analysis of England and the Netherlands”, en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(1).

<sup>52</sup> Se propone la reinclusión de colectivos excluidos en 2006: los refugiados con residencia denegada, pero con graves obstáculos para retornar a su país; menores no acompañados; y británicos que residan más de seis meses al año fuera. Se refuerzan las medidas de reclamación de facturas a retornados; como condicionar permisos futuros a no tener deudas con el NHS.

<sup>53</sup> Krieger, N., Rowley, D. L., Herman, A. A., Avery, B. y Phillips, M. T. (1993): “Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being”, en *American Journal of Preventive Medicine*, 9(6), p. 82-122.

<sup>54</sup> Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S., Gaddini, A., Ioannidis, E., Jensen, N., Kluge, U., Mertaniemi, R., Puigpinós, R., Sárváry, A., Straßmayr, C., Stankunas, M., Soares, J., Welbel, M., Pruebe, S. y EUGATE study group (2012): “Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study”, en *BMC Research Notes*, 5; Bjornngren, C. (2011): “Right of Access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies”, en *European Journal of Public Health*, 22 (2), p. 267-271.

mental) está garantizada, bien por ley (seis países), bien por profesionales que por motivos humanitarios ignoran el vacío legal. Las mayores barreras son el idioma, la falta de información y el miedo a la policía<sup>55</sup>. Los problemas de acceso afectan, por ello, a servicios universalmente cubiertos como el embarazo y el parto<sup>56</sup>. Tener redes sociales de apoyo reduce barreras<sup>57</sup>. En Holanda, las mujeres sin documentación evalúan su salud peor que las que sí la tienen<sup>58</sup>.

En España, ser ilegal se asocia a una menor utilización de la sanidad que la que hacen los españoles y los inmigrantes legales en 1997<sup>59</sup>. En el año 2000, los trabajadores inmigrantes no documentados no tenían problemas de salud graves, pero sí problemas crónicos (de salud física y mental) relacionados con su situación legal y las condiciones de empleo<sup>60</sup>. Los apartados siguientes aportan más datos sobre inmigración y salud.

## 6. Recortes estructurales asimétricos: el precedente de EE.UU.

### 6.1 Políticas migratorias y sanidad pública en EE.UU. (1987 y 1996)

Dos precedentes clave de los recortes de 2012 en España son las reformas de 1987 en California y, sobre todo, los recortes de 1996 en todo EE.UU. mediante la Ley PRWORA (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act). En California (donde reside un 25% del total de los inmigrantes de EE.UU.) se suprimen los derechos de los no documentados, lo que acaba en los tribunales y se revierte en parte una década más tarde. Entre 1987 y 1996, algunos Estados copian la normativa californiana. En 1996, el

---

<sup>55</sup> Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. y Norredam, M. (2011): "Access to healthcare and alternative health seeking strategies among undocumented migrants in Denmark", en *BMC Public Health*, 11, p. 560.

<sup>56</sup> Wolf, H., Stalder, H., Epiney, M., Walter, A., Irion, O. y Morabia, A. (2005): "Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva", en *Social Science & Medicine*, 60, p. 2149-2154.

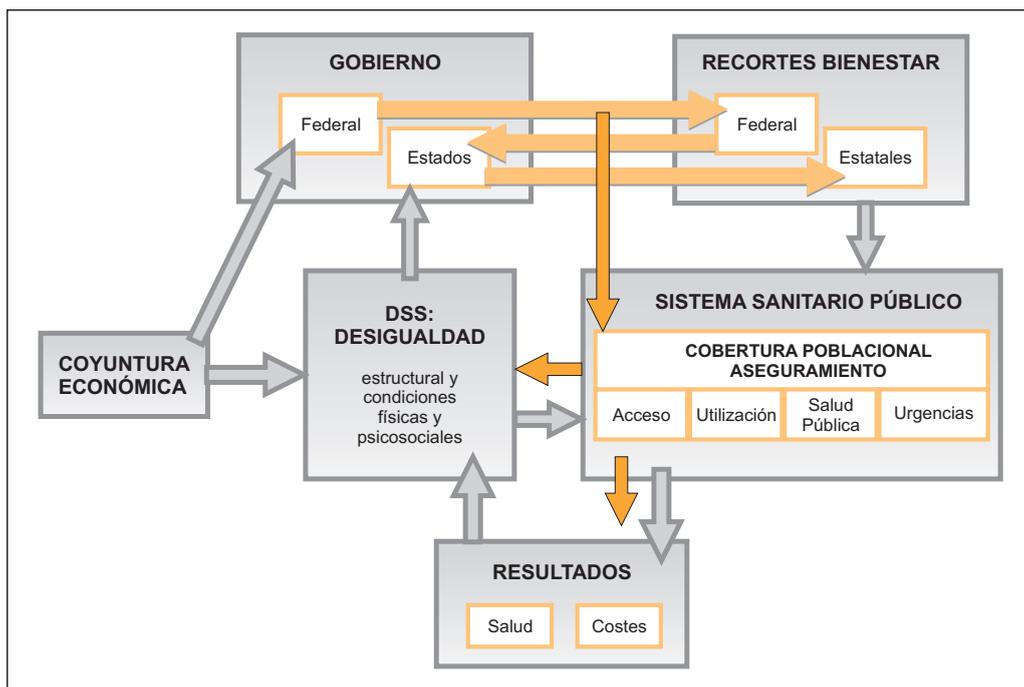
<sup>57</sup> Devillanovales, C. (2008): "Social networks, information and health care utilization: Evidence from undocumented immigrants in Milan", en *Journal of Health Economics*, 27, p. 265-286.

<sup>58</sup> Schoevers, M., van den Muijsenbergh, M. y Lagro-Janssen, A. (2009): "Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands", en *Journal of Public Health Policy*, 30, p. 409-422.

<sup>59</sup> Torres, A. y Sanz, B. (2000): "Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned?", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6), p. 478-479.

<sup>60</sup> Porthé, V., Benavides, F., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A., Ahonen, E., Agudelo, A. y Benach, J. (2009): "La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud", en *Gaceta Sanitaria*, 1, p. 107-114.

Cuadro 4 – Modelo analítico del impacto de recortes asimétricos en EE.UU.



Fuente: Elaboración propia.

Gobierno federal propone eliminar los derechos sociales en sanidad y bienestar de todos los inmigrantes que entren en EE.UU. después de 1996<sup>61</sup>.

La versión inicial de la PRWORA excluye a todos los inmigrantes; la que se acaba aprobando retarda cinco años el acceso de los inmigrantes legales y excluye a los indocumentados. El cambio de planes (hacia la aplicación más restrictiva y la aprobación de medidas expansivas compensatorias) que caracteriza a esta reforma (cuadro 4) se convierte en tendencia aun antes de aprobarse, como ocurrirá diez años más tarde en Reino Unido y como parece estar sucediendo en España tras los recortes de 2012 (apartado 5). La principal medida compensatoria es el Seguro Sanitario SCHIP (o CHIP), que amplía en 1996 la cobertura a niños de ingresos bajos (antes sólo accedían los más pobres, a través de Medicaid). La ley federal encomienda su implantación y financiación a los Estados, lo que, dada la Constitución y los conflictos a los que la PRWORA da lugar, no garantiza su implantación universal. La Ley de control presupuestario de 1997 res-

<sup>61</sup> The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2000): *Immigrants' Health Care: Coverage and Access*, en <http://www.kff.org/uninsured/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=13439>

tringe aún más la aplicación de la PRWORA<sup>62</sup>. En 1997-2000, una docena de Estados (entre otros, California, Nueva York, Nueva Jersey, Illinois y Florida, que concentran la mayoría de los inmigrantes) revierten la reforma. El Gobierno federal responde prohibiendo a los Estados que atiendan a los inmigrantes (incluso con sus propios recursos fiscales), a menos que hayan aprobado leyes de cobertura posteriores a 1996<sup>63</sup>. En 1999, una sentencia jurisdiccional declara ilegal la facturación de gastos de Medicaid y SCHIP (que venía aplicándose a los inmigrantes llegados al país tras 1996) y aclara que la utilización de servicios por los inmigrantes legales no puede conllevar en ningún caso pérdida del empleo, como estaba ocurriendo, dada la confusión generada por la PRWORA y la legislación estatal de desarrollo<sup>64</sup>. Además, sólo unos pocos Estados implantan la cobertura universal en niños prescrita en el SCHIP<sup>65</sup>, lo que genera nuevas desigualdades territoriales en derechos.

Una segunda medida compensatoria posterior a los recortes es permitir el acceso a Medicaid y TANF (el programa de ayudas alimentarias para familias pobres), con un período de retardo de cinco años tras la llegada al país. En sanidad, el acceso gratuito incluye sólo Emergency Medicaid –que cubre partos y urgencias vitales, que por la Convención de Derechos de la ONU<sup>66</sup> no pueden negarse a nadie–. En 2004, la atención a embarazo y parto representa un 82% del gasto y un 91% de las hospitalizaciones, aunque el peso de mayores y discapacitados aumenta rápidamente<sup>67</sup>. Los cuidados urgentes pueden facturarse a los enfermos si el personal clínico define la condición como no urgente o asociada a enfermedad previa, lo que acaba en quiebra financiera de muchos de los que acceden a urgencias por un problema grave pero no mortal. La reforma y su desigual implantación en los Estados amplía aún más la brecha estructural entre inmigrantes y ciudadanos y divide al colectivo inmigrante por fecha de llegada al país<sup>68</sup>. En 2008, el Presidente Obama universaliza la sanidad para los empleados y amplía el presupuesto y el acceso a Medicaid, lo que en la práctica anula, quince años más tarde, la PRWORA y sus indeseables efectos.

---

<sup>62</sup> Field, J. (2002): “Legislating a Public Health Nightmare: the Anti-immigrant Provisions of the ‘Contract with America’ Congreso”, en *Kentucky Law Journal*, 90, p. 1043-1072.

<sup>63</sup> Field, J. (2002).

<sup>64</sup> Bitler, M. y Iones, H. W. (2006): *Welfare Reform and Indirect Impacts on Health*. Cambridge, The National Bureau of Economic Research, Working Paper 12642.

<sup>65</sup> The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2000).

<sup>66</sup> Ruiz, M., Rousseau, C., Derluyn, I., Watters, C. y Crepeau, F. (2010): “Right and access to healthcare for undocumented children: Addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe”, en *Social Science & Medicine*, 70, p. 329-336.

<sup>67</sup> DuBard, A. y Massing, M. (2007): “Trends in Emergency Medicaid expenditures for recent and undocumented immigrants”, en *JAMA*, 297(10), p. 1085-1092.

<sup>68</sup> Field, J. (2002).

## 6.2 Impacto diferido de recortes estructurales asimétricos: EE.UU. (1996-2012)

La búsqueda en Google y Medline localiza 59 investigaciones que estudian la salud y el acceso a la sanidad de los colectivos excluidos antes y después de las reformas, comparan Estados con distintos grados de cobertura, o bien –los menos– EE.UU. con Canadá. En el apartado 7 se compara EE.UU. con Reino Unido y la UE y en el 8 con España. De cara a su comparación con los países europeos, es importante hacer tres apreciaciones. En EE.UU., los recortes: 1) se aprueban tras las crisis de los años ochenta y noventa (menos profundas que la actual) y se revierten en 2008; 2) sólo se implantan en algunos Estados; y 3) se acompañan de medidas simultáneas que amplían la cobertura de grupos y áreas vulnerables (niños, embarazadas, Estados con mayores tasas de inmigrantes). Estos sesgos –que, en todo caso, irían en la dirección de infraestimar el impacto de la PRWORA–, junto con la falta de datos sobre la fecha de llegada al país en las encuestas, hacen difícil estimar el impacto de los recortes. Los analistas coinciden en que si pudiéramos descontar los efectos positivos de la ampliación de la cobertura a los niños vía SCHIP, el impacto negativo de los recortes sería mayor<sup>69</sup>. A pesar de ello, veremos a continuación que hay un claro deterioro en el acceso y la calidad de la sanidad pública para los inmigrantes (documentados o no), con externalidades negativas para los ciudadanos de EE.UU. Además, el rápido aumento de la inmigración desde 1996 contribuye a la fuerte caída en el aseguramiento total registrada en 1997-2007.

El descenso del aseguramiento tras los recortes es mayor en colectivos vulnerables. En mujeres solteras con bajo nivel educativo nacidas fuera de EE.UU. cae entre 9,9 y 10,7 puntos porcentuales y en sus hijos 13 puntos. Una de las causas para no acudir a Medicaid es el miedo a ser deportadas o a que se les facture la atención<sup>70</sup>. No hay descensos en la población del mismo grupo social y étnico pero nacida en EE.UU. ni en sus hijos. La caída del aseguramiento en residentes legales o refugiados nacidos fuera es entre

---

<sup>69</sup> Bitler, M. y Iones, H. W. (2006); Banska, C. y Raphael, S. (2007): “The effect of state policy design features on take up and crowd out rates for the State Children’s Health Insurance Program”, en *Journal of Policy Analysis and Management*, 26, p. 149-175; Buchmueller, T. y Lo Sasso, A. (2007): *How Did SCHIP affect the insurance coverage of immigrant children?* Cambridge: The National Bureau of Economic Research, Working Paper 13261; Gruber, J. y Simon, K. (2007): *Crowd-out ten years later: Have recent public insurance expansions crowded out private health insurance?* Cambridge: The National Bureau of Economic Research, Working Paper 12858; Duderstadt, K., Hughes, D., Soobader, M. y Newacheck, P. (2006): “The impact of public insurance on children’s access and use of care”, en *Pediatrics*, 118(4), p. 1676-1682.

<sup>70</sup> Kaushal, N. y Kaestner, R. (2005): “Welfare Reform and Health Insurance of Immigrants”, en *Health Services Research*, 40(3), p. 697-722.

tres y siete veces mayor que entre los nacidos en EE.UU.<sup>71</sup>, y los niños más pobres tienen un 50% extra de riesgo. Entre la población sin recursos, los extranjeros sufren una caída del aseguramiento público más pronunciada. El aumento correlativo del aseguramiento privado de este colectivo modera el impacto en salud de los recortes, pero aumenta su riesgo de pobreza con efectos diferidos potenciales en salud<sup>72</sup>.

El aseguramiento vía SCHIP mejora el acceso, la calidad y la continuidad de la atención en los niños de todas las etnias, pero persisten diferencias de calidad entre éstas<sup>73</sup>. Los hijos de inmigrantes hacen menos visitas (1,5 al año) que los nacidos en EE.UU. (3,5) y van menos a urgencias<sup>74</sup>. Los niños no asegurados todo o parte del año tardan más en acceder a los servicios preventivos<sup>75</sup>. En atención prenatal hay desigualdad entre asegurados y no asegurados y por código postal<sup>76</sup>, y la condición de inmigrante no disminuye la calidad, pero sí la utilización, a pesar del acceso gratuito. El número de visitas de las hispanas cae un 3,6% en los dos años posteriores a los recortes y un 5,3%, un 7% y un 8,7% en los años siguientes. La caída es mayor y aumenta más rápido en áreas con alta densidad de inmigrantes recientes (10,6% el tercer año, 13,8% y 17% en años siguientes)<sup>77</sup>. Los adultos mejicanos irregulares tienen un 27% menos de visitas y un 35% más de riesgo de no tener médico que los legales, controlando por clase social y salud<sup>78</sup>.

Las necesidades de salud no cubiertas son semejantes en todos los asegurados (nacidos o no en EE.UU.), pero mayores en los no asegurados extranjeros. En Canadá, con sanidad universal, las diferencias entre ciudadanos e inmigrantes son mínimas, semejantes a las que hay en EE.UU. entre

---

<sup>71</sup> De Rose, K., Escarce, J. y Lurie, N. (2007): "Immigrants and health care: sources of vulnerability", en *Health Affairs*, 26(5), p. 1258-1268.

<sup>72</sup> Bitler, M. y Iones, H. W. (2006).

<sup>73</sup> Shone, L., Dick, A., Klein, J., Zwanziger, S. y Szilagyi, P. (2005): "Reduction in racial and ethnic disparities after enrollment in the State Children's Health Insurance Program", en *Pediatrics*, 115(6), p. e697-e705; Ku, L. y Matani, S. (2001): "Left out: Immigrants' access to health care and insurance", en *Health Affairs*, 20(1), p. 247-256.

<sup>74</sup> The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2000).

<sup>75</sup> Olson, L., Tang, S. y Newacheck, P. (2005): "Children in the United States with Discontinuous Health Insurance Coverage", en *The New England Journal of Medicine*, 353, p. 382-391.

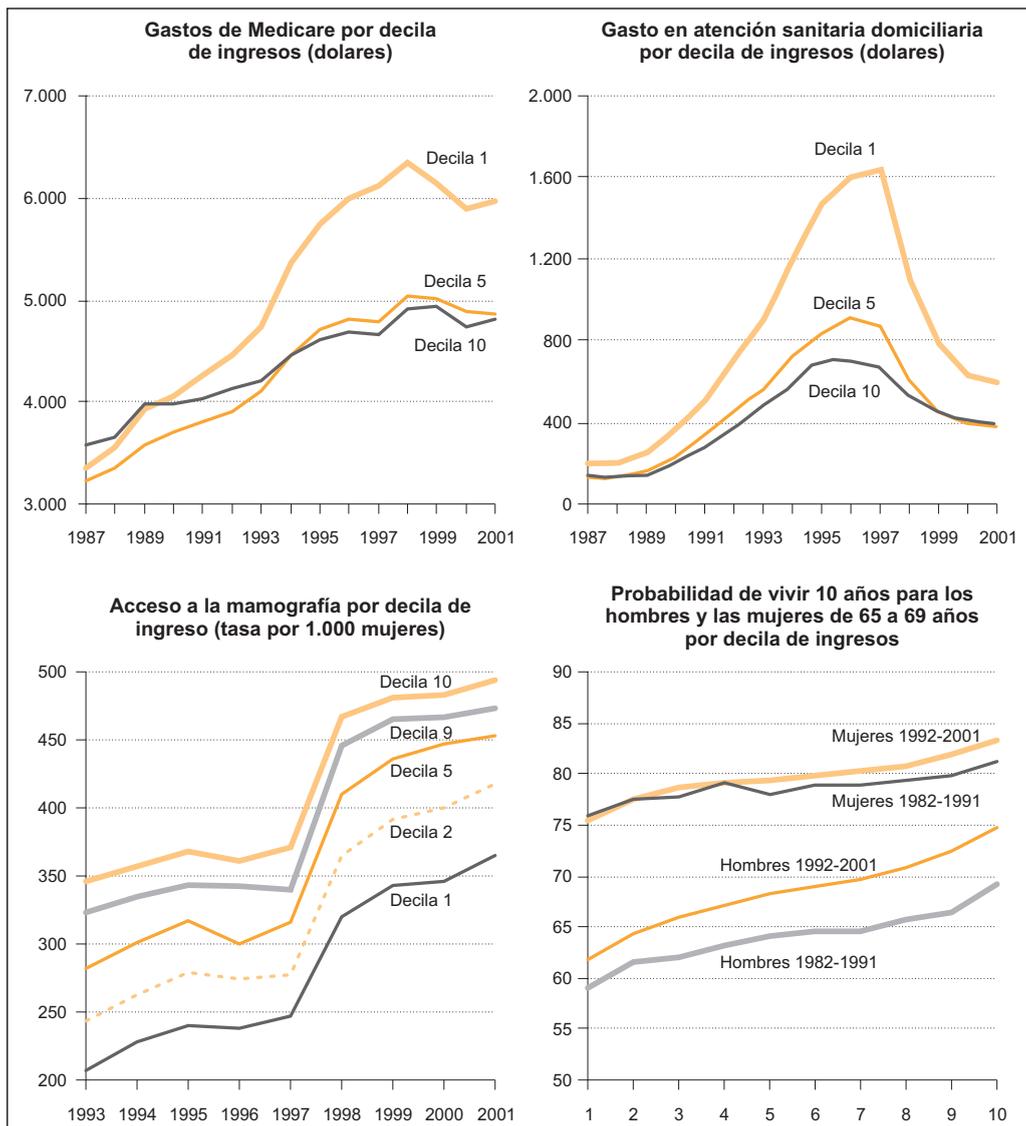
<sup>76</sup> Minkoff, H. (2002): *Welfare Reform and the Perinatal Health of Immigrants*. Maternal and Child Health Bureau.

<sup>77</sup> Gamper-Rabindran, S. (2005): "Impact of prenatal care eligibility restrictions on health outcomes: a GIS analysis of immigrant composition and provider location in urban Texas", en *THEW seminar*, en [http://www.unc.edu/~shanti/texas\\_the.pdf](http://www.unc.edu/~shanti/texas_the.pdf)

<sup>78</sup> Vargas, A., Fang, H., Garza, J., Carter, O., Wallace, S., Rizzo, J. y Ortega, A. (2012): "Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: The role of documentation status", en *Journal of immigrant and minority health*, 14(1), p. 146-155; Lasser, K., Himmelstein, D. y Woolhandler, S. (2006): "Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey", en *American Journal of Public Health*, 96(7), p. 1300-1307.

asegurados<sup>79</sup>. Entre las personas mayores, la desigualdad entre inmigrantes y ciudadanos es marcada en EE.UU. y mínima en Canadá, controlando por cobertura sanitaria, factores sociales y hábitos de vida<sup>80</sup>.

**Gráfico 10 – Evolución de la cobertura sanitaria, los copagos y la mortalidad prematura en EE.UU. por decila de renta**



**Fuente:** Skinner, J. y Zhou, W. (2006): "Measurement and evolution of health inequality: Evidence from the U.S. Medicare population", en Auerbach, A. et al. (eds.): *Public Policy and the Income Distribution*. Nueva York: Russell Sage Foundation, p. 288-319.

<sup>79</sup> Siddiqi, A., Zuberi, D. y Nguyen, Q. (2009): "The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada", en *Social Science & Medicine*, 69(10), p. 1452-1459.

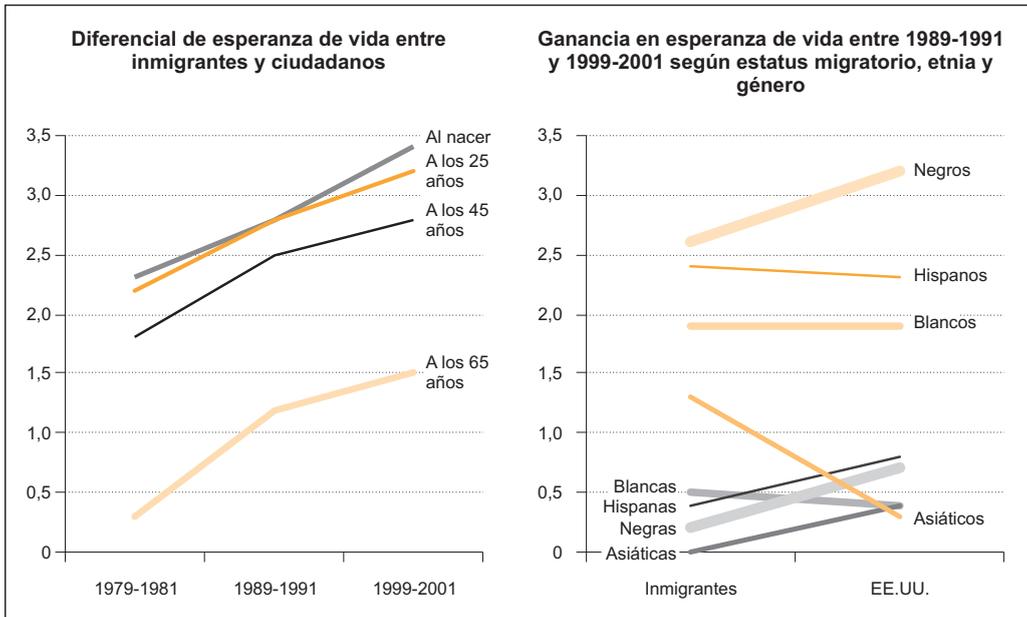
<sup>80</sup> Prus, S., Tfaily, R. y Lin, Z. (2010): "Comparing Racial and Immigrant Health Status and Health Care Access in Later Life in Canada and the United States", en *Canadian Journal on Aging*, 29(3), p. 383-395.

El gráfico 10 aborda el impacto de los recortes en salud y sanidad comparando decilas de renta (sabiendo que la más pobre –decila 1 en el gráfico– es en más de un 80% no blanca) y estudiando a los mayores de 65 años (cuando ingresan en Medicare los excluidos en 1987-1996).

El panel superior izquierdo del gráfico muestra que, en 1987-2001, el gasto sanitario de la decila más pobre aumenta más del doble que el de la decila más rica (un 78% frente a un 34%), a pesar de las medidas restrictivas que se introducen a partir de 1999. El panel superior derecho muestra la evolución semejante, incluso más marcada, del gasto en atención a domicilio –hasta que se introducen nuevos recortes en 1997–. En el panel inferior izquierdo, vemos que el uso de la mamografía es menor entre las mujeres pobres que entre las ricas; y muy sensible a la supresión del copago en 1997. Y en el panel inferior derecho se observa que el aumento de la esperanza de vida a los 65 años se paraliza en las mujeres (y la desigualdad se mantiene); en los hombres, aunque crece dos años, es a costa de hacerse más desigual.

El gráfico 11 compara la esperanza de vida de los nacidos fuera (muchos sin acceso a sanidad o subsidios alimentarios) y los nacidos dentro (pocos sin acceso) de EE.UU. en el período 1979-2001. No se observan efectos adversos en inmigrantes pero sí entre los nacidos en EE.UU.: se amplía el diferencial (a favor de los inmigrantes), típico del *efecto del inmigrante sano* (ver apartado 8). Tres tendencias en el diferencial entre inmigrantes y naci-

Gráfico 11 – Evolución de la esperanza de vida de los nacidos y no nacidos en EE.UU. 1979-2001



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de Singh, G. y Hiatt, R. (2006): "Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979–2003", en *International Journal of Epidemiology*, 35(4), p. 903-919.

dos en EE.UU. sugieren graves efectos diferidos del estatus migratorio: 1) se da en todas las etnias, 2) se reduce con la edad y 3) se invierte –la ganancia es menor entre los inmigrantes– para etnias que llegan hace siglos (como la negra, cuya esperanza de vida media era 7, 10 y 12 años menor que la de blancos, hispanos y asiáticos, respectivamente, en 1991).

Un último tema clave es el impacto diferido de la reforma PRWORA en el gasto sanitario y social. De entrada, descienden los gastos en los programas sociales y sanitarios para la población sin recursos económicos suficientes. En 2002, el Urban Institute subraya que en 1994-1999 se registran caídas importantes en la utilización de los grandes programas sociales y sanitarios por parte de los inmigrantes legales (–60% en rentas mínimas, –48% en subsidios alimentarios, –35% en servicios sociales y –15% en Medicaid), más pronunciadas en los jóvenes y las familias con hijos<sup>81</sup>. En 2007, la U.S. Government Accountability Office concluye que, tras los recortes, desciende el gasto en Medicaid en 24 Estados (de los 44 que responden a la encuesta). En todos los Estados disminuyen los niños con cobertura<sup>82</sup>. Aumentan las desigualdades entre Estados en visitas programadas, aunque no en urgencias<sup>83</sup>.

Los costes diferidos se concentran en Medicaid Emergencias: en 2001-2004, el gasto aumenta un 28% (un 82% para discapacitados y un 98% para personas mayores). El coste total es menor para inmigrantes, lo que se atribuye al miedo a que su uso conlleve consecuencias legales, laborales o financieras adversas<sup>84</sup>. En inmigrantes jóvenes (15-19 años) disminuyen los ingresos en urgencias y los partos, pero los costes por alta aumentan el doble que la media<sup>85</sup>.

Los recortes de 1996 crean además tensiones financieras entre gobiernos, al implantarse a través de una centrifugación del gasto y de la responsabilidad a los Estados<sup>86</sup>. En 1995-1999, el gasto estatal en rentas mínimas

---

<sup>81</sup> Erwing, W. (2003): *Not getting what they paid for: Limiting immigrants' access to benefits hurts families without reducing healthcare costs*. Washington: Immigration Policy Center and American Immigrant Law Foundation.

<sup>82</sup> Ku, L. y Pervez, F. (2010): "Documenting Citizenship in Medicaid: The Struggle between Ideology and Evidence", en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(1), p. 5-28.

<sup>83</sup> Yu, S., Huang, Z. y Kogan, M. (2008): "State-level health care access and use among children in US immigrant families", en *American Journal of Public Health*, 98(11), p. 1996-2003; Siskin, A. (2004): *Federal funding for unauthorized aliens' emergency medical expenses*, CRS Report for Congress.

<sup>84</sup> Stimpson, J., Wilson, F. y Eschbach, K. (2010): "Trends in Health Care Spending for Immigrants in the United States", en *Health Affairs*, 29(3), p. 544-550; Kershaw, S., "U.S. Rule Limits Emergency Care for Immigrants", en *New York Times*, 22 de septiembre de 2007.

<sup>85</sup> Friedman, B., Berdahl, T., Simpson, L., McCormick, M., Owens, P., Andrews, R. y Romano, P. (2011): *Annual report on health care for children and youth in the United States: focus on trends in hospital use and quality*.

<sup>86</sup> Siskin, A. (2004).

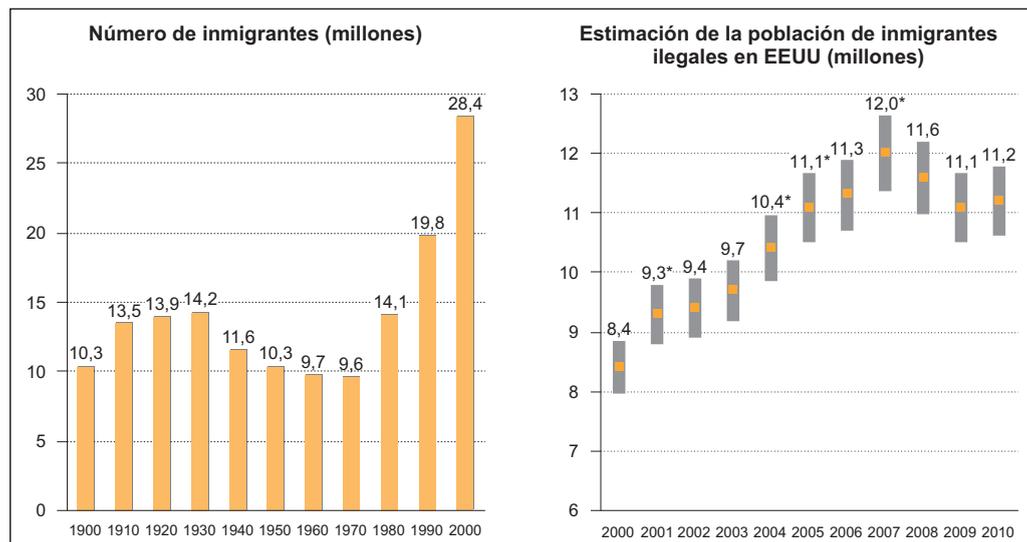
y alimentarias aumenta un 7% y en infancia se duplica<sup>87</sup>. La Administración Bush se hizo tristemente famosa por no reembolsar a los Estados la atención urgente a los inmigrantes (un aumento del 1% en la población inmigrante se asocia a un 4% más de gastos no compensados)<sup>88</sup>. Los Estados centrifugan los impagos a hospitales concertados, que se convierten en el apoyo clave a Obama en la universalización de la cobertura en 2008-2012<sup>89</sup>. El gasto sanitario cae en 1997-1999, pero en los 2000 crece a mayor ritmo que antes de 1996 y que en la UE (gráfico 14). Pobreza y desigualdad, estables durante más de una década, aumentan a partir de 1998-1999.

## 7. Inmigración y coste-efectividad en sanidad: la UE frente a EE.UU.

### 7.1 El efecto llamada en EE.UU. antes y después de las reformas

El supuesto *efecto llamada* del Estado de bienestar se puede estimar comparando la inmigración antes y después de 1996 en EE.UU., su concentración por Estados y su evolución en relación con la UE (con prestaciones

Gráfico 12 – Inmigración en EE.UU. En millones. 1990-2010



**Notas a gráfico derecho:** Las barras indican un intervalo de confianza del 90%. El \* indica que el cambio respecto al año anterior es estadísticamente significativo.

**Fuente:** Center of Immigration Studies, 2001 (izquierda); y Pew Research Center, 2011 (derecha).

<sup>87</sup> Boyd, D., Billen, P., Nathan, R., Dearborn, P., Meyers, C. y McNeil, J. (2003): *The Fiscal Effects of Welfare Reform: State Social Service Spending Before and After Welfare Reform*.

<sup>88</sup> Castel, L., Timbie, J., Sendersky, V., Curtis, L., Feather, K. y Schulman, K. (2003): "Toward estimating the impact of changes in immigrants' insurance eligibility on hospital expenditures for uncompensated care", en *BMC Health Services Research*, 3(1).

<sup>89</sup> "El sector hospitalario teme pérdidas vinculadas al 'no' republicano a la reforma", en *Diario Médico*, 16 de julio de 2012.

más generosas). El gráfico 12 (panel izquierdo) muestra que el *stock* de inmigrantes sufre en el año 2000 el mayor aumento de todo el siglo. En el período 2000-2007 (panel derecho) aumentan un 50% los no documentados, que sólo descienden tras la crisis. El desplazamiento de la nueva inmigración del litoral (donde se revierten los recortes federales) al interior (donde no se legisla al respecto) confirma que *la llamada* procede del mercado laboral y no de las prestaciones<sup>90</sup>. El informe de Eurostat *Figures for the Future* de 2012 muestra que la inmigración en la UE es semejante a la de EE.UU. (cuando, según el *efecto llamada*, debía ser mayor) y que su pauta es estable durante los años de crecimiento anteriores a la crisis, a raíz de la cual se inicia una caída más brusca que en EE.UU.

## 7.2 *Enfoque caso-control: evolución del gasto y la mortalidad en EE.UU. y Reino Unido*

La Comisión Europea encarga en 2009 un estudio “pareado” de EE.UU. y Reino Unido, un diseño muy potente para estimar impactos en salud. La mortalidad estimada en el período 1970-2005 (gráfico 13) a partir de sus tres causas clave (desempleo, tabaco y gasto sanitario) coincide con la registrada. Desempleo y tabaco son más altos en Reino Unido y el gasto es siete puntos del PIB mayor en EE.UU.; a pesar de ello, las mejoras en salud son algo mayores en Reino Unido. La pauta del gasto es procíclica en EE.UU. (gráfico 14) –y en España–, a pesar de la evidencia favorable a aumentar el gasto social (y los impuestos) en las crisis (apartado 9), como hacen la UE-15 (nota 31) y Canadá (gráfico 14), ambos con mejores resultados en salud y gasto sanitario que EE.UU.

## 7.3 *Impacto diferido de los recortes en salud, desigualdad y empleo: UE y EE.UU.*

### **Sanidad, gasto social y resultados en salud: UE y EE.UU.**

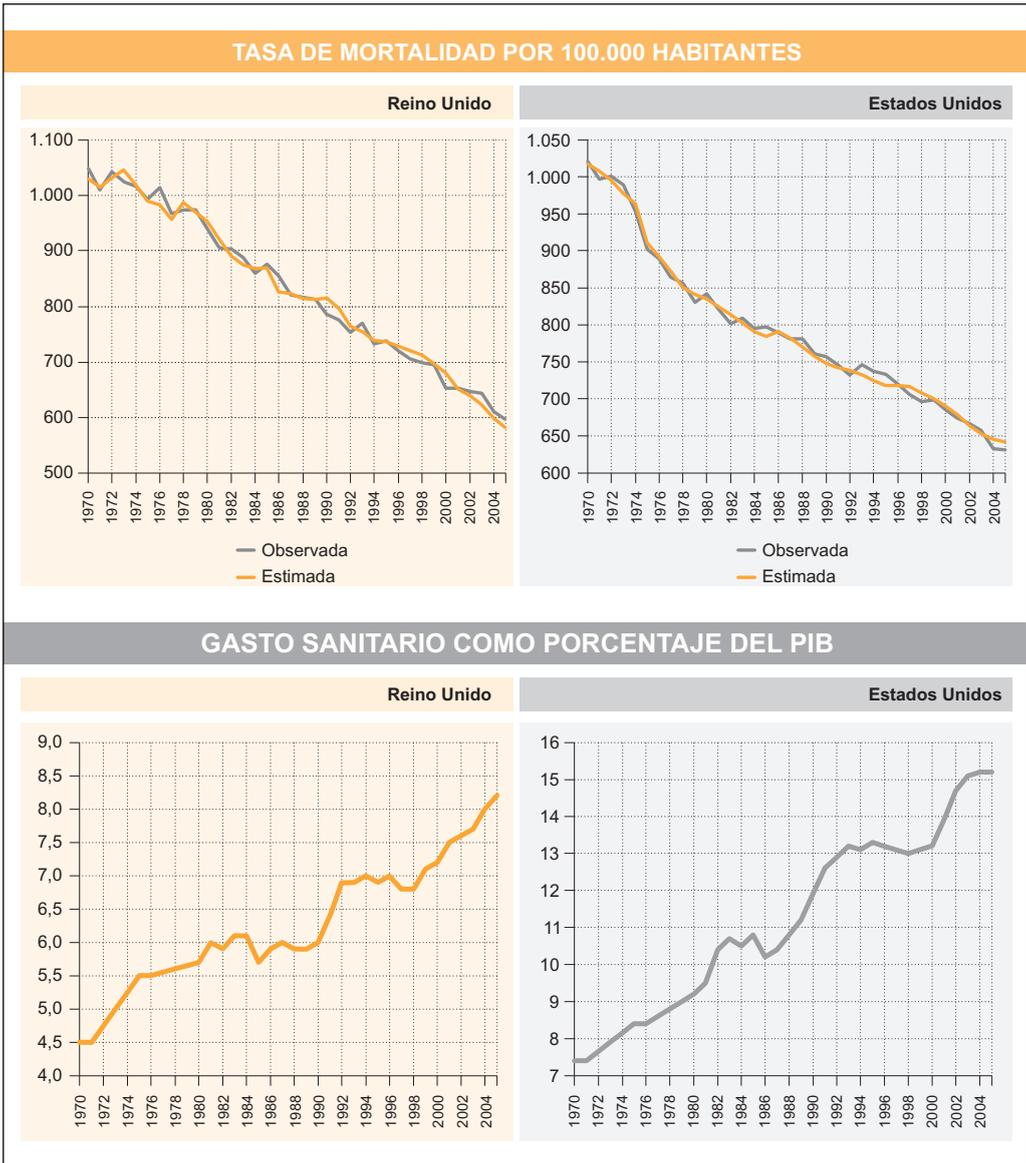
El gráfico 15 muestra que el descenso en años de vida perdidos en el período 1970-2009 es menor en EE.UU., a pesar de que el gasto sanitario es casi el doble. España, con un gasto similar a Reino Unido, obtiene resultados algo mejores. La desigualdad de renta, que disminuye en España y aumenta en Reino Unido durante esos años, podría explicar plausiblemente estos mejores resultados en salud (apartado 8).

De hecho, los casos de Finlandia (gráfico 16) y de los países de Europa del Este (gráfico 17) subrayan que los sistemas sanitarios públicos universa-

---

<sup>90</sup> Camarota, S. (2012): *Immigrants in the United States. A Profile of America's Foreign-Born Population*. Washington: Center for Immigration Studies.

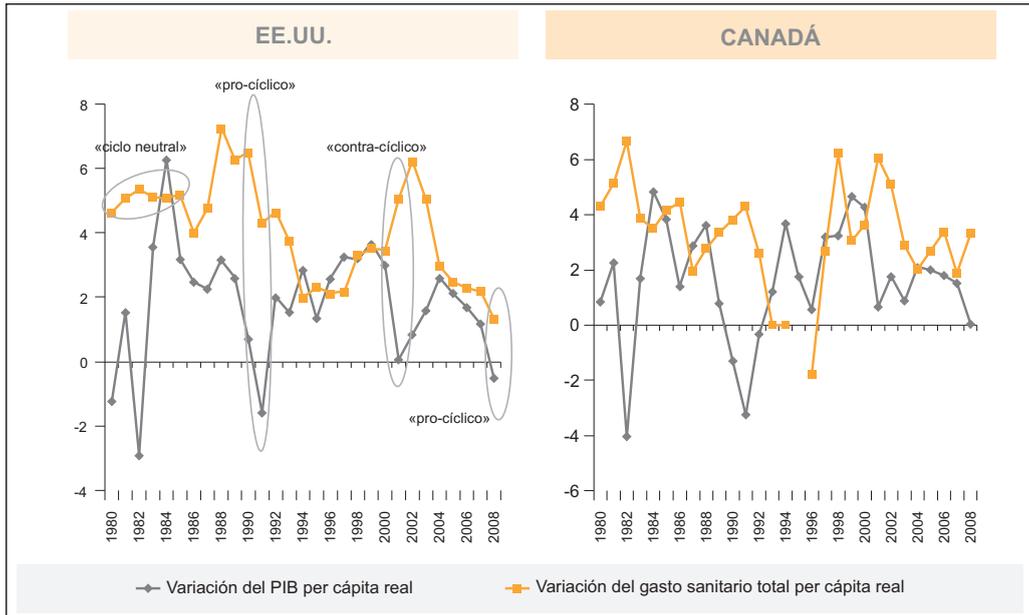
Gráfico 13 – Evolución de la tasa de mortalidad y del gasto sanitario en Reino Unido y EE.UU. 1970-2005



Fuente: Brenner, H. (2009): *Explaining aggregate health status (mortality). Insights to the possible impact of the economic crisis*, Report for the European Commission.

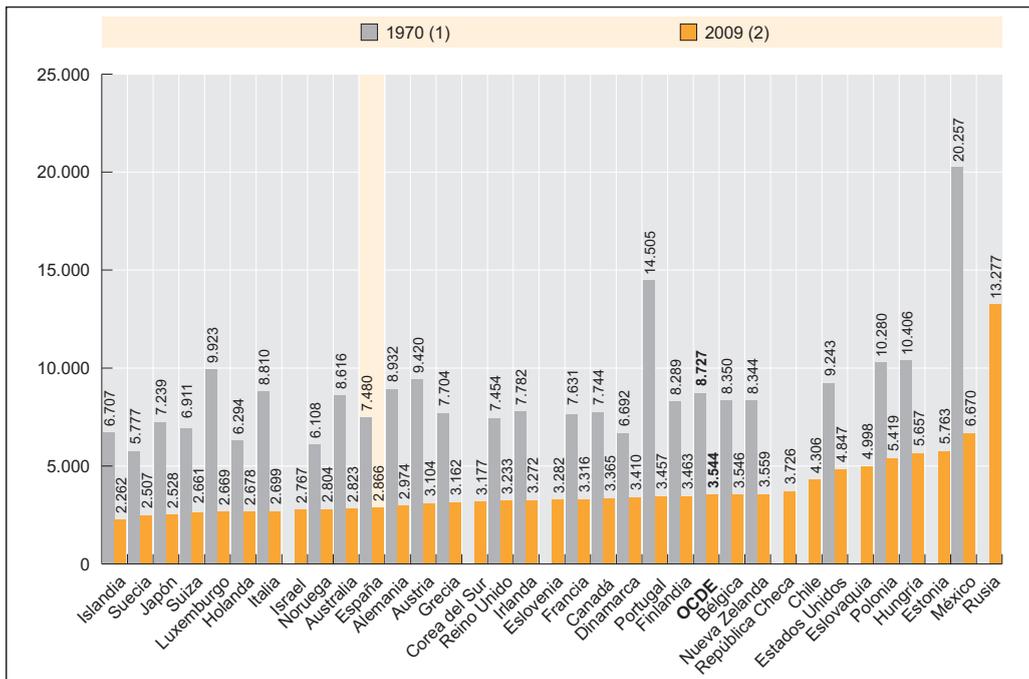
les de gasto medio-bajo pueden no ser suficientes para neutralizar el impacto adverso de la alta desigualdad de renta, que en la mayor parte del mundo (y en especial en la UE) aumenta en las últimas décadas y converge, por ello, hacia los muy desiguales EE.UU. post-Reagan. Los peores resultados en salud de EE.UU., dado su alto gasto sanitario privado y la baja cobertura de su gasto social con respecto a Europa occidental, refuerzan la conclusión preliminar de que las graves secuelas en salud de la desigualdad y el débil

**Gráfico 14 – Gasto sanitario (procíclico y contracíclico) en EE.UU. y Canadá. En porcentaje. 1980-2008**



**Fuente:** McKee, M. (2010): *Health in time of financial crisis*. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

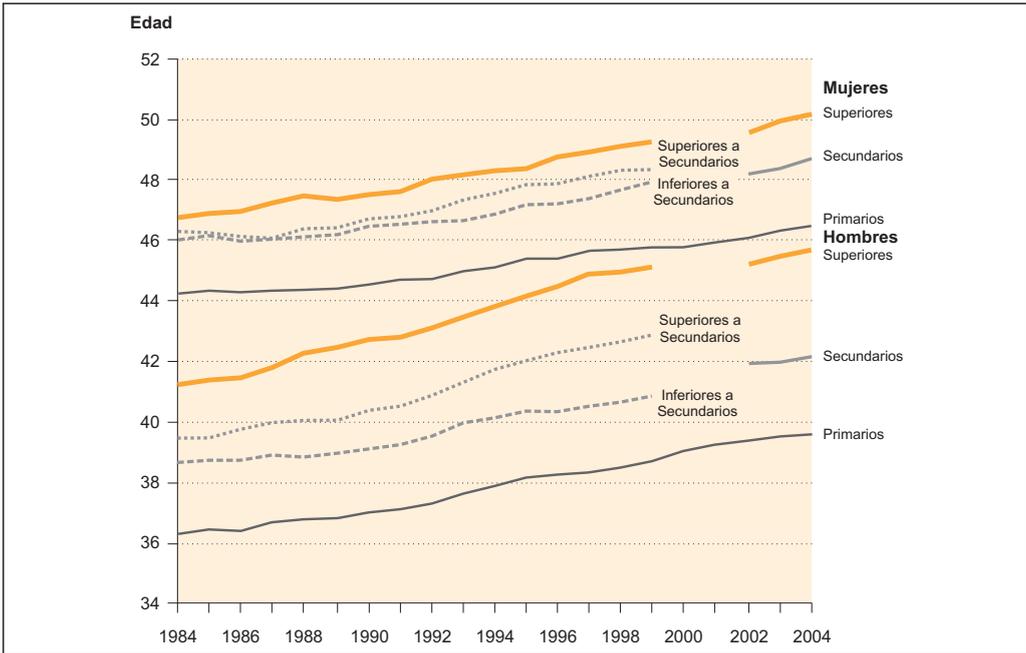
**Gráfico 15 – Evolución de los años potenciales de vida perdidos por cada 100.000 habitantes en la OCDE. 1970-2009**



(1) Los datos de España son de 1971. (2) Los datos de Canadá son de 2004; los de Bélgica de 2005; los de Australia, Dinamarca y Rusia de 2006; los de Suiza, Italia, Nueva Zelanda, Chile, Estados Unidos y México son de 2007; los de Suecia, Luxemburgo, Israel, España, Francia y Polonia son de 2008.

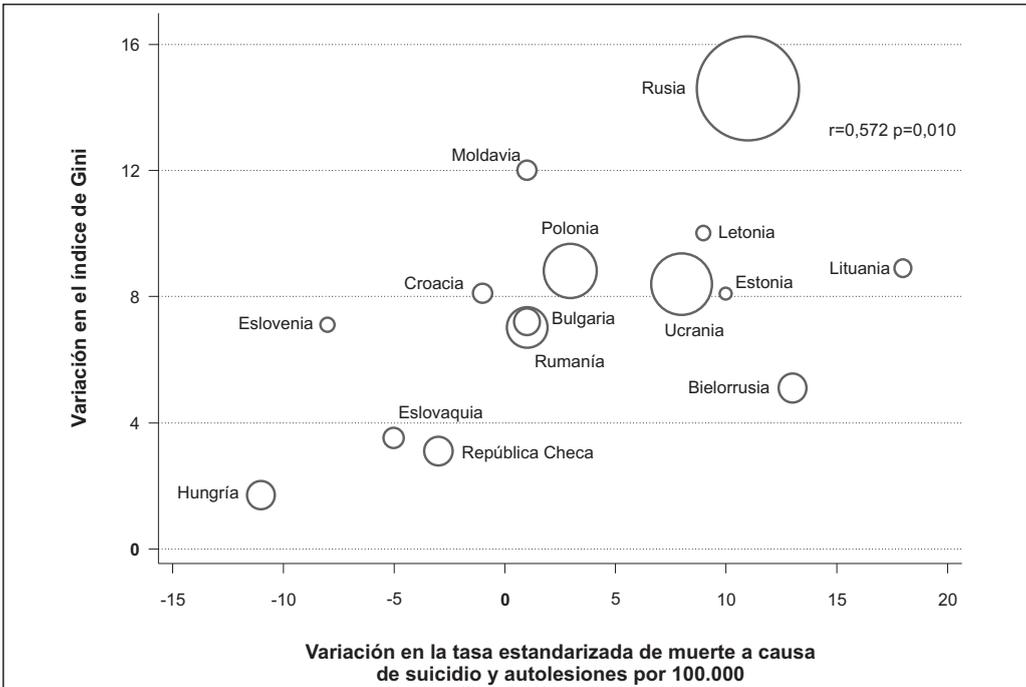
**Fuente:** OCDE (2011): *Health at a Glance 2011*. París.

**Gráfico 16 – Evolución de la esperanza de vida de los hombres y las mujeres de 35 años por nivel educativo en Finlandia. 1983-2004**



**Fuente:** Palosuo, H. et al. (2009): *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980-2005*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

**Gráfico 17 – Variación de los suicidios y la desigualdad de renta en los países de Europa del Este. 1989-1997**



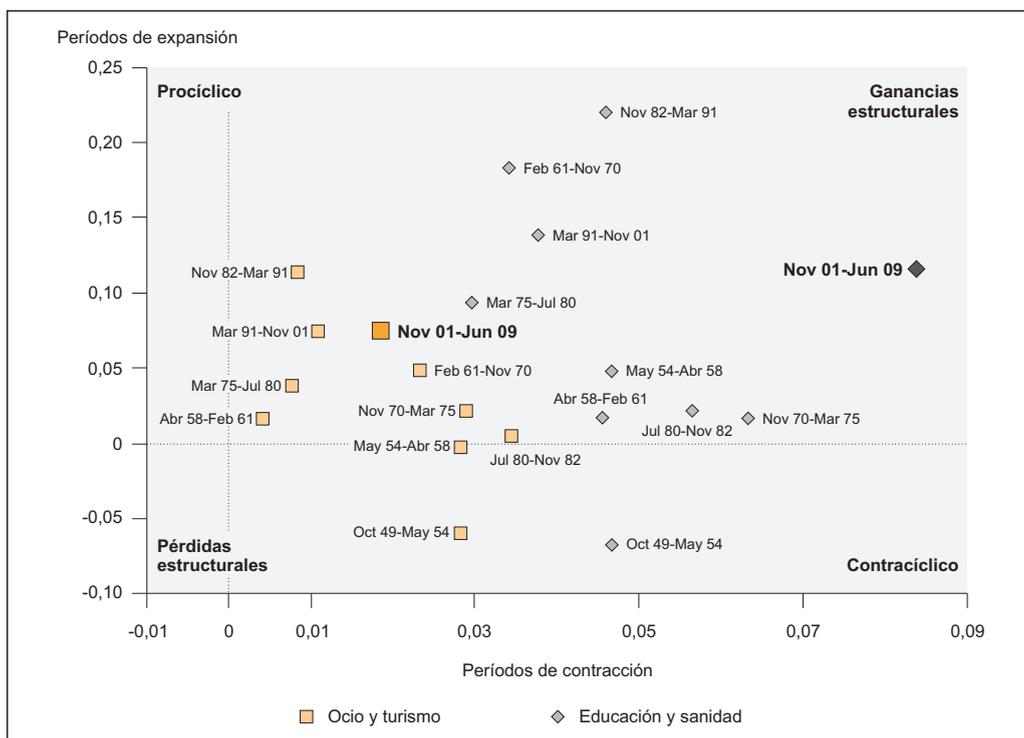
**Fuente:** De Vogli, R. (2009): "Changes in income inequality and suicide rates after 'shock therapy': evidence from Eastern Europe", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11), p. 958.

bienestar no parecen poder paliarse ni tan siquiera mediante un gasto sanitario total que dobla el europeo<sup>91</sup>.

## Gasto público y evolución del empleo en las crisis: ¿converge EE.UU. hacia la UE-15?

El gráfico 18 muestra que sanidad y educación son (junto con ocio y turismo) los únicos sectores en los que crece el empleo y no cae tras las crisis desde 1950 en EE.UU. Sanidad y educación son en EE.UU. de propiedad privada y concertados en su mayoría. Ello cuestiona el mito de los mejores resultados en empleo en EE.UU.: sólo crecen sectores financiados con fondos públicos de bienestar, cada vez más semejantes en magnitud (aunque no en cobertura) al gasto público medio en bienestar en la UE-15.

**Gráfico 18 – Tendencias estructurales y cíclicas en el empleo en educación y sanidad y ocio y turismo en EE.UU. 1949-2009**



**Fuente:** Kierkegaard, J. (2009): *Structural and Cyclical Trends in Net Employment over US Business Cycles, 1949-2009: Implications for the Next Recovery and Beyond*. Peterson Institute for International Economics.

<sup>91</sup> Avendano, M. y Kawachi, I. (2011): "Invited commentary: the search for explanations of the American health disadvantage relative to the English", en *American Journal of Epidemiology*, 173(8), p. 866-869.

En contraste con los países de la UE-15, sin embargo, en EE.UU. se estanca la población con estudios universitarios<sup>92</sup> y en España esta misma población ve como su riesgo de pobreza –menor que el del resto de la población– aumenta tras la crisis más (50%) que en la población con estudios primarios (20%) o secundarios (40%)<sup>93</sup>, lo que puede forzarles a emigrar<sup>94</sup>. También aumenta la desigualdad de resultados educativos entre ricos y pobres (en EE.UU.) y por estatus migratorio (en España)<sup>95</sup>. En EE.UU., además, se detecta que en las 44 ciudades que experimentan un mayor crecimiento de la inmigración, los nuevos inmigrantes tienen menor nivel educativo que las cohortes anteriores<sup>96</sup>. Ello puede deberse a la mayor debilidad del bienestar público (fuente de empleo cualificado y atractor de inversiones y trabajadores de alto valor añadido) en ambos países, por comparación con la UE, Japón, Canadá y Australia (países que, además, atraen inmigrantes cualificados mediante políticas e incentivos específicos).

## 8. Se cierra el círculo: impacto diferido potencial en España

El impacto diferido de la crisis depende de la desigualdad, el bienestar y la calidad de la democracia. Una población más desigual muestra mayor fragilidad ante la crisis, lo que empeora los determinantes sociales (reducción de empleo, renta y formación) y la salud. El bienestar público y sus debilidades históricas pueden paliar o amplificar el impacto de la crisis en la salud. Y la calidad de la democracia modula en qué medida las respuestas políticas reflejan las necesidades y preferencias de los ciudadanos, que en Europa son en general favorables al mantenimiento de la inversión pública en sanidad y bienestar.

Para estimar los costes diferidos de los recortes en sanidad en España, hemos estudiado ya el impacto de reformas semejantes en países con grados de desigualdad y gasto social comparables, tanto con un enfoque antes/

---

<sup>92</sup> En Estados Unidos, el porcentaje de la población con estudios universitarios se estanca en un 30% durante la década de los años 2000 (ver, por ejemplo, tercer gráfico en <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/education/university-completion.aspx>, que permite comparar la evolución en EE.UU. con el resto de los países avanzados).

<sup>93</sup> Eurostat, *Social Inclusion Indicators, At-risk-of-poverty rate by higher level of education achieved, Spain 2003-2011*, en <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdsc420>

<sup>94</sup> Sobre el aumento reciente de la emigración en España ver nota 41.

<sup>95</sup> Ferreira, F. y Gignoux, J. (2011): *The Measurement of Educational Inequality: Achievement and Opportunity*, Policy Research Working Paper 5873, World Bank.

<sup>96</sup> Hall, M., Singer, A., De Jong, G. y Graefe, D. (2011): *The Geography of Immigrant Skills: Educational Profiles of Metropolitan Areas*. Washington: Metropolitan Policy Program at Brookings Institution, en [http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2011/6/immigrants%20singer/06\\_immigrants\\_singer](http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2011/6/immigrants%20singer/06_immigrants_singer)

después, como mediante análisis caso/control. Este apartado estudia las debilidades estructurales del SNS español y en qué medida se ven afectadas por los recortes, así como por el deterioro en la desigualdad y la salud tras la crisis. Se estiman también los costes políticos y en calidad de la democracia, mediante el análisis de la compatibilidad entre valores y preferencias ciudadanas y respuestas políticas de los gobiernos.

### 8.1 Debilidades estructurales del SNS en España

Las principales debilidades del SNS español son:

1. Las desigualdades territoriales, que tienen como consecuencia una mayor mortalidad prematura en el sur.
2. El déficit de personal y gasto en atención comunitaria, que se paga en incremento del uso de las urgencias y de los medicamentos.
3. La infrapresupuestación crónica, que se traduce en aumentos del déficit, del aseguramiento privado y de las listas de espera.

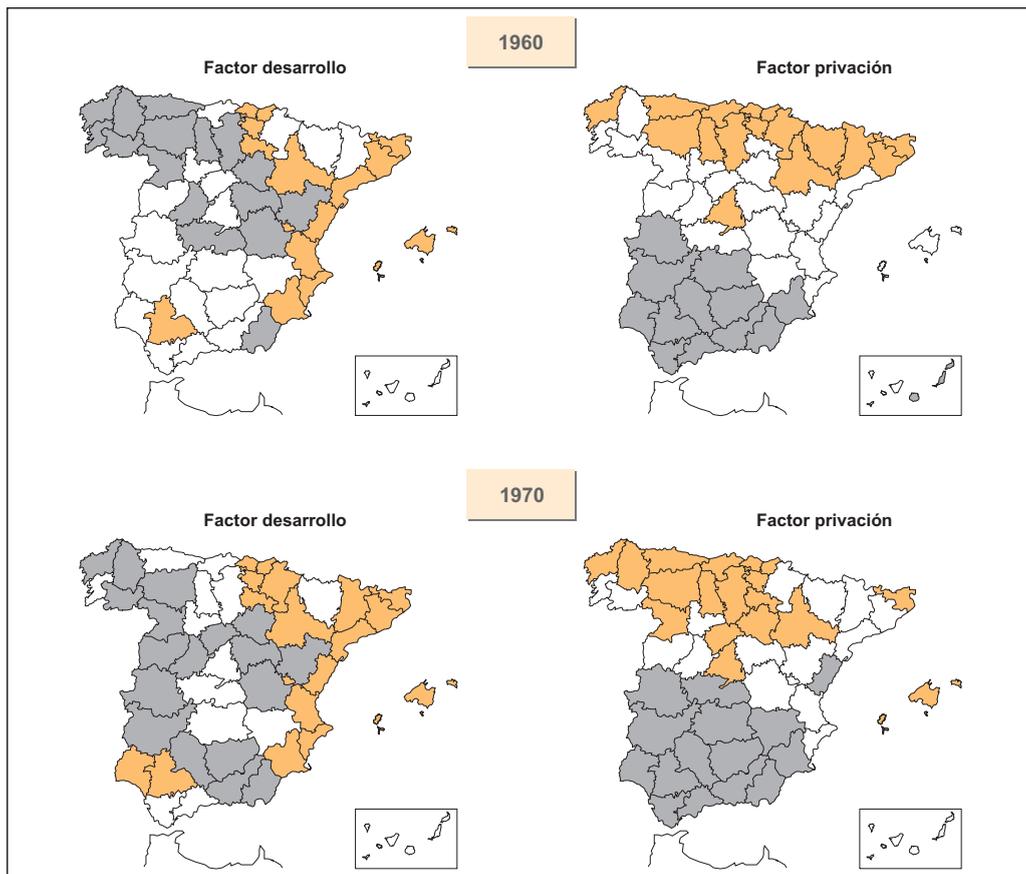
Otros problemas persistentes (que no se analizan en detalle) son la baja satisfacción con la información sanitaria no clínica, con las listas de espera en atención especializada, con la cobertura de los servicios sociales y con la coordinación de la atención entre niveles y sectores. El gráfico 19 describe la distribución territorial en España en 1960 y 1970 de dos de las tres causas clave de las ganancias en esperanza de vida: el gasto público (factor “privación”) y el PIB (factor “desarrollo”). El tercer factor es la red de higiene pública.

La esperanza de vida y la mortalidad tienen en 1960 una pauta territorial semejante a la del factor desarrollo en el período 1960-1970, mientras que, a partir de 1980, se aproxima progresivamente hasta coincidir en 1997 con el factor privación (de inversión pública) y el factor higiene pública (coincidente con el anterior). Lo mismo ocurre para la satisfacción con la sanidad en 2002, cuando sólo siete comunidades autónomas habían asumido competencias (gráfico 20). La persistencia de los patrones de desigualdad de la oferta y el gasto público parecen explicar bien por qué las desigualdades territoriales en salud y satisfacción con la sanidad permanecen sin apenas cambios a través de las décadas. La misma pauta de desequilibrio histórico –que no sólo persiste, sino que aumenta– se puede observar en los sensibles y estratégicos sectores de atención primaria (gráfico 21) y salud mental<sup>97</sup>, que sufren un mayor impacto de la crisis.

---

<sup>97</sup> Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabasés, J., McDaid, D. y Alonso, J. (2010): “Evaluating mental health care policy in Spain”, en *The journal of mental health policy and economics*, 13(2), p. 73-86.

Gráfico 19 – Desequilibrios históricos y mejoras asimétricas en salud. 1960-1970



**Nota:** En trama gris, las provincias menos industrializadas y con mayor privación; en trama naranja, las más industrializadas y con menor privación; y, en trama blanca, las situadas alrededor de  $\pm 0,5$  unidades de desviación típica en cada uno de los factores.

**Fuente:** Blanes, A. (2007): *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Tesis doctoral dirigida por Anna Cabré, Universidad Autónoma de Barcelona.

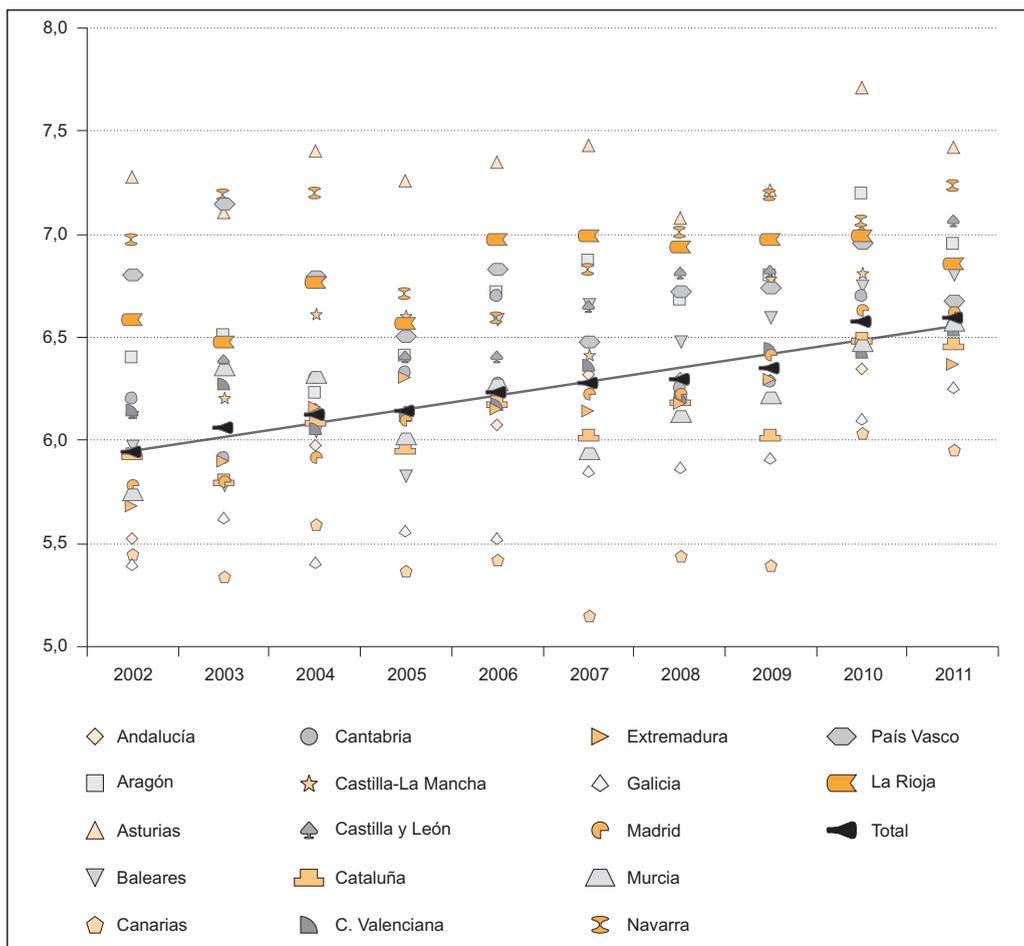
Los bajos salarios relativos en sanidad pública desde que existen datos comparados –y en concreto en atención comunitaria<sup>98</sup>– descienden hasta un 50% tras la crisis, según los sindicatos. Las camas psiquiátricas y los psicólogos y psiquiatras por habitante, ya en niveles mínimos en la UE en 2001, se reducen aún más en la última década<sup>99</sup>. Esto explica que la proporción de enfermos de salud mental que solicita atención sea de las más bajas de la UE<sup>100</sup>.

<sup>98</sup> Sobre los últimos diez años, véase Fujisawa, R. y Lafortune, G. (2008): “The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?”, *OECD Health Working Paper 41*. Sobre los años ochenta y noventa, véase el estudio Fundación CENSIS (1993): *Qualifications, Pay and Conditions in the sphere of public health in Europe*. Roma: Fundación CENSIS.

<sup>99</sup> Fundación Encuentro (2010): “Las profesiones sanitarias”, *Informe España 2010*; European Commission (2001): *The State of Mental Health in the European Union*.

<sup>100</sup> European Commission (2004): *The State of Mental Health in the European Union*.

Gráfico 20 – Evolución de la satisfacción con la sanidad por comunidades autónomas. 2002-2011

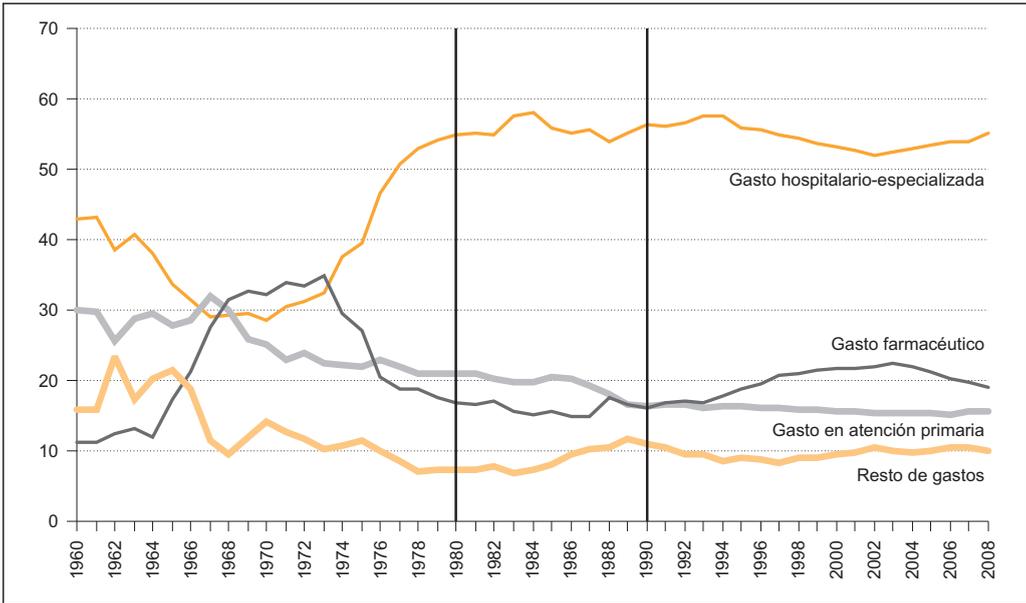


Fuente: Jaraiz, E. (2011): *La gestión sanitaria orientada al ciudadano. Factores explicativos de la satisfacción en la sanidad gallega*. Tesis doctoral dirigida por José Manuel Rivera, Universidad de Santiago de Compostela.

Los esfuerzos realizados durante los años ochenta y noventa para reducir camas e ingresos hospitalarios (eran bajos hasta 1990, aumentan algo en los años noventa y descienden en los 2000) se traducen en un alto número de visitas (que crecen en la década de los noventa y decrecen en los 2000). La caída en ingresos y visitas programadas se traduce en aumento de las urgencias (gráfico 22) entre los más pobres<sup>101</sup>, con coste superior –y peor resultado– que la atención primaria. Los recortes de 2012 permiten esperar un ascenso sostenido de las urgencias, que se plasmaría en una centrifugación de costes hacia el futuro.

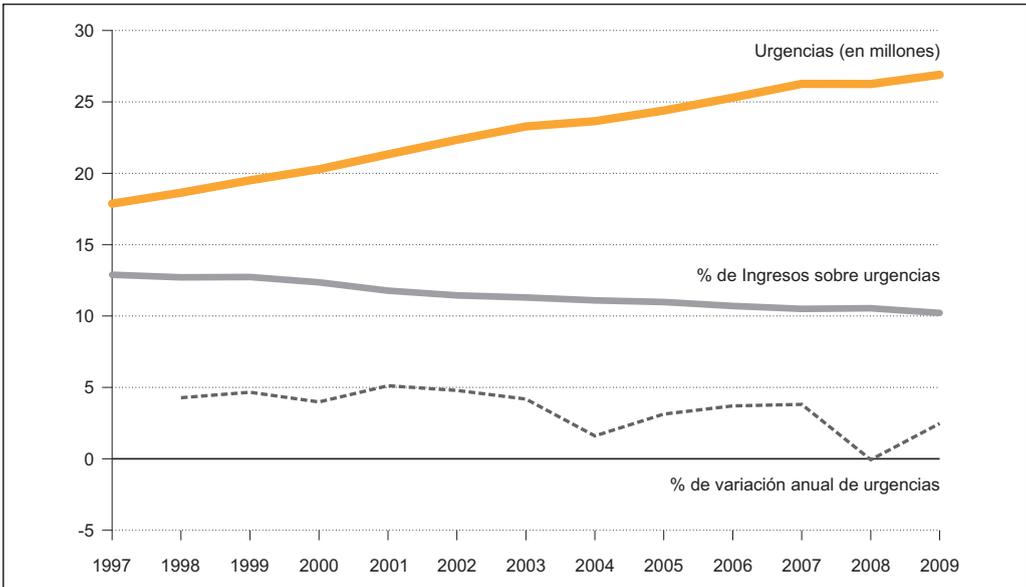
<sup>101</sup> Moreno, E., Tejedor, M., Torres, J. M., García-Torrecillas, J. M., Cid, M., Villegas, J. y García-Fernández, A. M. (2010): “Economía y equidad en urgencias y emergencias”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 1.

**Gráfico 21 – Evolución del gasto sanitario por partidas. En porcentaje del gasto sanitario público total. 1960-2008**



**Fuente:** Simó, J. (2011): "Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria", en *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 15(2).

**Gráfico 22 – Evolución de las urgencias en España. 1997-2009**



**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en <http://pestatistico.msc.es>

## 8.2 Posibles costes diferidos en sanidad y salud

### Los costes en vidas humanas y en desigualdad estructural

El tema se trata en detalle en otro trabajo<sup>102</sup>. Desde el inicio de la crisis, según los datos del INE y Eurostat, han aumentado los suicidios de hombres jóvenes, la mortalidad por trastornos mentales en mujeres y la mortalidad total por enfermedades del sistema nervioso y neurológicas. El impacto es menor en magnitud que en otros países de la UE-15 con parecidos impactos sociales, lo que puede deberse al esfuerzo contracíclico en el período 2004-2009 y los descensos en la desigualdad de renta desde 1980. Es compatible con aumentos diferidos futuros a raíz del cambio en la respuesta política en 2011-2012, y también con aumentos efectivos de la discapacidad y la enfermedad a corto plazo.

En el período 2008-2011, se incrementa la población que declara sufrir alguna enfermedad crónica y, como hemos visto, los problemas de salud mental. La depresión es una comorbilidad que aumenta en tiempos de crisis y duplica los costes de la atención a la cronicidad (apartado 9). El estudio de Gili y colaboradores descrito en el apartado 4 demuestra, además, que más de la cuarta parte del aumento en visitas por depresión corresponde a desempleados y que éstos tienen un 20% (y sus parejas un 50%) más de riesgo de sufrir enfermedad mental, controlando por otros factores. Las dificultades para pagar la hipoteca duplican esta probabilidad y los embargos de la vivienda la multiplican por tres.

### Deterioro diferido de la salud tras la crisis y desinversión en sanidad y bienestar

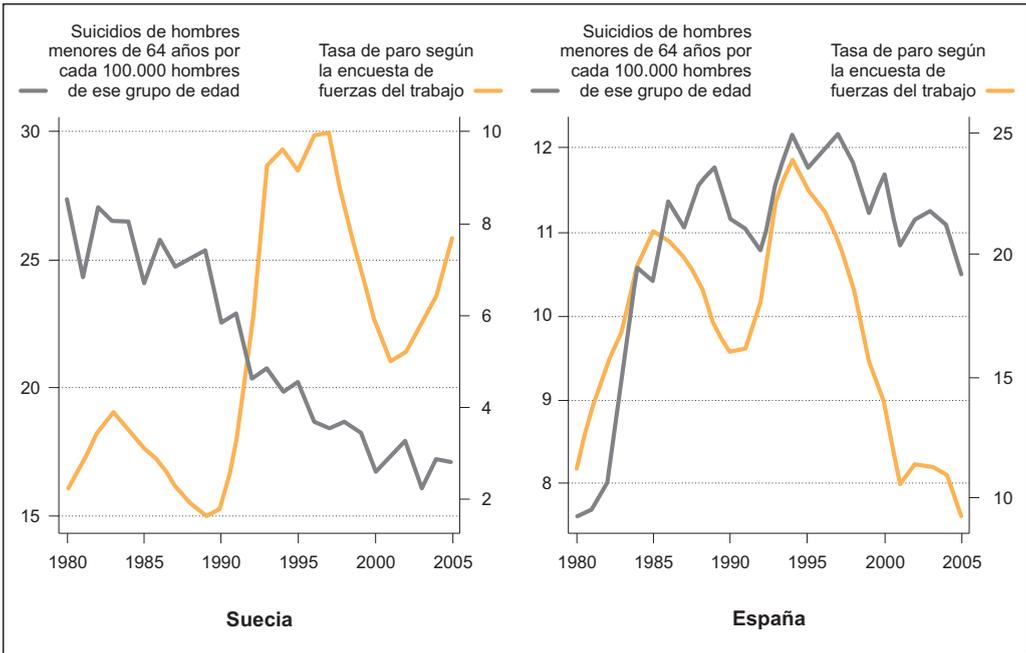
Un trabajo reciente de Ángela Blanco y Rosa Urbanos (altas funcionarias y expertas en gasto) con Israel Thuissard<sup>103</sup> estima que el factor con mayor impacto futuro en el gasto es, con diferencia, el nivel de salud de la población. De ahí la importancia de las políticas contracíclicas de mantenimiento de rentas, que reducen los impactos adversos en salud. El impacto en salud de las crisis se debe en parte al débil gasto en bienestar: Suecia, que mantiene el gasto en sanidad desde mediados de los años noventa y con problemas de listas de espera similares a España, invierte a cambio en políticas activas de empleo, estabilización de rentas (con subsidios de desempleo tres veces más generosos que en España), educación y políticas familiares. Y consigue que la evolución de la tasa de suicidios de varones

---

<sup>102</sup> Rico, A. y Blakey, E. (2012).

<sup>103</sup> Blanco, A., Urbanos, R. y Thuissard, I. (2011): "Proyecciones de gasto sanitario público hasta 2060 bajo diferentes escenarios: Metodología y resultados", *XXXI Jornadas de Economía de la Salud*.

Gráfico 23 – Desempleo y suicidios en Suecia y España. 1980-2005



Fuente: OMS (2011): *2011 Impact of economic crises on mental health*. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.

–aunque mayor que en España– descienda y se independice del ciclo económico (gráfico 23).

Uno de los motivos del importante impacto adverso diferido esperado en salud en España es la desinversión crónica en sanidad y bienestar. Desde mediados de los años noventa y hasta bien entrada la primera mitad del 2000, España mantiene niveles de gasto sanitario propios de los países de Europa del Este, que se alejan progresivamente del nivel previo (en los años ochenta coincidente con el de Portugal, Grecia e Italia y a mediados de los años noventa cercano al de Reino Unido e Irlanda). Esta pauta se revierte de nuevo en 2011. El gasto social, que se mantiene en torno al 15%-18% del PIB en los años ochenta (como en EE.UU.) y aumenta al 22% en los años noventa (como en Reino Unido), cae de nuevo al 18% en 2003, tras dos gobiernos del Partido Popular. En el período 2003-2009, el nuevo gobierno socialista aumenta siete puntos el gasto social, que alcanza un 25%.

El bajo gasto en bienestar entre 1996 y 2003 sitúa a España en los niveles de los países de Europa del Este y EE.UU.; su aumento en 2003-2009 supone el regreso al grupo de países del sur de Europa. En 2011-2012, los recortes vuelven a deprimir el gasto social. El impacto potencial diferido en salud debería reflejar esta trayectoria: primero un empeoramiento seguido de una mejora, que se revierte a medida que pasa el tiempo y el efecto de los años de bonanza se difumina en el tiempo.

### 8.3 Impactos diferidos en la desigualdad y la democracia

Tanto los recortes en 1985-1989 como la caída del gasto social en 1996-2003 suponen el ingreso de sanidad, educación, servicios públicos y recortes en la lista de los problemas sociales percibidos como más graves por los ciudadanos –compilada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)<sup>104</sup>, y dominada por el paro, la vivienda y la economía desde el inicio de la crisis–. Los datos del Eurobarómetro confirman, además, que España está en 2009-2010 entre las tres primeras posiciones en la UE en opinión favorable sobre los inmigrantes (como solución al envejecimiento y por su aportación a una mayor tolerancia), que supera el 80% de la población. La preferencia por un futuro en el que se respete y se cuide más a las minorías étnicas alcanza el 88% en 2010, en comparación con un 73% de media en la UE<sup>105</sup>.

La mala gestión de la crisis (en tanto que no responde a las preferencias sociales ni a la evidencia científica consensuada a nivel internacional –ver apartado 9–) se paga con una mayor preocupación por la corrupción y una menor confianza en el Gobierno, la clase política y la democracia, de acuerdo con la serie citada del CIS. Los costes políticos de los recortes, combinados con los costes electorales de la mayor desigualdad estructural<sup>106</sup>, pueden llevar la participación electoral a niveles inferiores al 50%-60% (propios de países desiguales como EE.UU. o Suiza y los de Latinoamérica) y debilitar así la legitimidad del sistema democrático, que deja de responder a los ciudadanos que más necesitan su apoyo.

Hay signos de que la desigualdad aumenta rápidamente en España. La desinversión crónica en bienestar y sanidad, junto con los recortes procíclicos, disminuyen la capacidad del sector público para paliar los efectos económicos y sociales de la crisis. Algunos ejemplos con graves efectos adversos probados en salud son<sup>107</sup>:

— El brusco y sostenido aumento del desempleo de larga duración, el fraempleo y la pobreza en el empleo (ya en máximos europeos antes de la crisis).

— El ascenso de un 10% de la pobreza infantil, que en 2011 se sitúa en el 30%.

— El aumento del 14,9% en 2008 al 22,6% en 2010 de los niños que viven en hogares con “goteras, humedades en paredes, suelos, techos o ciimientos, o podredumbre en suelos, ventanas o puertas”.

---

<sup>104</sup> [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos\\_html/TresProblemas.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html)

<sup>105</sup> European Commission (2010): *Eurobarometer 71. Future of Europe*.

<sup>106</sup> Horn, D. (2011): *Income inequality and voter turnout - evidence from European national elections*. Ámsterdam: GINI Discussion Paper 16; Powell, T., Basu, S., Balabanova, D., McKee, M. y Stuckler, M. (2011): “Democracy and growth in divided societies: a health inequality trap?”, en *Social Science and Medicine*, 73, p. 33-41.

<sup>107</sup> González-Bueno, G., Bello, A. y Arias, M. (2012).

— El aumento de la violencia física en la escuela, del 6,6% en 2006 al 11,6% en 2010.

— Los casi 400.000 embargos de viviendas efectuados entre 2008 y 2011, que en Escandinavia se evitan a bajo coste con bancos hipotecarios públicos para la población sin recursos.

Los embargos son especialmente preocupantes en cuanto a su impacto diferido en la desigualdad estructural, dado que el acceso a la propiedad de la vivienda por parte de colectivos de rentas bajas es uno de los factores que más empuja a la baja la desigualdad de la renta desde los años ochenta<sup>108</sup>, con efectos benéficos probados sobre la esperanza de vida, la discapacidad y las desigualdades sociales en salud<sup>109</sup>. La investigación sobre el curso de vida demuestra, además, que el impacto de la crisis en los niños se traduce en secuelas biológicas permanentes que aumentan su riesgo de enfermedades crónicas y mortalidad prematura<sup>110</sup>. Un ejemplo no especialmente obvio es el descubrimiento reciente de que experimentar dos o más tipos de violencia antes de los cinco años se plasma en lesiones en el ADN (se acortan los telómeros defensivos) a los diez años, aumentando con ello la susceptibilidad a la enfermedad de por vida<sup>111</sup>. También hay evidencia de que los *shocks* económicos *in utero*, es decir, experimentados durante el embarazo, disminuyen la capacidad cognitiva de los niños muy pobres de por vida y reducen un 50% su probabilidad de seguir estudiando con respecto a la de hermanos que no experimentaron el *shock*<sup>112</sup>.

## 9. Prioridades para prevenir secuelas permanentes en España

La evidencia revisada permite enfocar con mayor precisión los colectivos y los campos de inversión pública –de bajo coste y alta efectividad– prioritarios para evitar efectos permanentes en sanidad y salud. Los colectivos prioritarios son personas sin vivienda y con sida, inmigrantes sin

---

<sup>108</sup> Atkinson, A. y Marlier, B. (2010): *Income and living conditions in Europe*. Luxemburgo: Unión Europea.

<sup>109</sup> Córdoba, J. A. (2012): “Desigualdades sociales económicas y políticas en la salud percibida: España 1987-2007”, *XII Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud*. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

<sup>110</sup> Una buena revisión reciente es Chittleborough, C., Baum, F., Taylor, A. y Hiller, J. (2006): “A life-course approach to measuring socioeconomic position in population health surveillance systems”, en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, p. 981-992.

<sup>111</sup> Shalev, I., Moffitt, T., Sugden, K., Williams, B., Houts, R. *et al* (2012): “Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study”, en *Molecular Psychiatry*, p. 1-6.

<sup>112</sup> Akresh, R., Bagby, E. y de Walque, D. (2012): *Child labor, schooling and ability*, Policy Research Paper 5965, World Bank.

documentos, enfermos crónicos severos, embarazadas y niños pobres. Los sectores prioritarios son las políticas de igualdad educativa y bienestar para colectivos sin recursos (y especialmente niños y jóvenes), la atención comunitaria integrada en sanidad, y los servicios sociales y laborales de apoyo a la discapacidad.

### 9.1 *Colectivos prioritarios: cronicidad, discapacidad, maternidad e infancia*

Según nuestro criterio ético, no es posible establecer un orden de prioridad entre los colectivos vulnerables con alto riesgo de sufrir secuelas permanentes en salud. Es urgente por ello instrumentar mecanismos de apoyo y atención eficaz a todos los miembros de estos cuatro colectivos, que además pueden evitar posibles externalidades negativas sobre la salud de la población general, la sostenibilidad a largo plazo del SNS, la cohesión social y la legitimidad de la democracia.

1. Las *personas que sufren sida* (y otras enfermedades infecciosas crónicas cuya prevalencia sigue creciendo en España, como la tuberculosis o la sífilis), las *víctimas de violencia* –y en especial discapacitados, embarazadas y niños inmigrantes–, las *personas sin vivienda o en viviendas insalubres*, los *desnutridos* y los *drogodependientes y adictos al alcohol* constituyen la prioridad más urgente desde un punto de vista humanitario y de salud pública. Los recortes son, además, especialmente pronunciados en estos capítulos: en 2012 la partida presupuestaria del Ministerio de Sanidad dedicada al Plan Nacional de Sida desaparece y la dedicada a violencia se reduce radicalmente; se despide, además, a una plantilla de expertos técnicos de alta cualificación vinculados a ambas unidades, a pesar de sus innovaciones y logros, con alto reconocimiento internacional. La Comunidad Autónoma de Madrid anuncia en noviembre de 2011 un recorte del 35% en la partida presupuestaria destinada a la atención a drogodependientes y cierra seis centros –casi una cuarta parte del total– en menos de diez meses<sup>113</sup>, a pesar de su coste-efectividad probado (combinados con subsidios de renta y programas educativos) en otros países, especialmente para prevenir secuelas en salud en jóvenes de 10 a 15 años<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> <http://www.lavanguardia.com/vida/20111116/54238228109/madrid-cierra-narcosala-techo-drogodependiente.html>

<sup>114</sup> Toumbourou, J., Hemphill, S., Tresidder, J. Humphreys, C., Edwards, J. y Murria, D. (2007): “Mental health promotion and socioeconomic disadvantage: lessons from substance abuse, violence and crime prevention and child health”, en *Health Promotion Journal of Australia*, 18(3), p. 184-190; Lemstra, M., Neudrf, C., D’Arcy, C., Kunst, A., Warren, L. y Bennett, N. (2008): “A systematic review of mood and anxiety by SES in youth aged 10-5 years”, en *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), p.125-129.

2. Los *enfermos crónicos severos* aumentan en España tras la crisis; sufren varias enfermedades no curables al mismo tiempo, lo que se conoce como comorbilidad. La comorbilidad entre diabetes y depresión (dos patologías cuya tendencia ascendente se acelera con la crisis) es la que más gastos genera en España y, según el King's Fund, puede multiplicar por cinco los costes de la diabetes simple (ver nota 8). No sólo por la vía del consumo de fármacos. También aumenta la utilización de los servicios de urgencia<sup>115</sup> más que en otros países, dada la debilidad de la atención comunitaria y las largas listas de espera. Un ejemplo de estos costes diferidos futuros es el de la población con asma no controlada, la segunda patología crónica en prevalencia. España, Francia e Italia muestran bajos niveles de control sanitario de enfermos asmáticos, que no mejoran tras la crisis (a diferencia de lo que ocurre en Alemania). La evolución en cuatro oleadas de encuesta (2006-2009) demuestra que la utilización de urgencias en España es mayor y cuesta diez veces más que en Francia e Italia<sup>116</sup>.

3. La *discapacidad* es la secuela más temida de la enfermedad crónica. Aunque sabemos poco de su evolución tras la crisis, un reciente informe de la OMS en 2011, *La discapacidad en el mundo*, pone de manifiesto lo siguiente. En los países pobres, las principales causas de discapacidad suelen ser guerras, accidentes y enfermedades infecciosas; más de dos tercios de la discapacidad en los países avanzados se debe a condiciones crónicas no tratadas adecuadamente. Las enfermedades crónicas que causan más discapacidad son el infarto cerebral (un 60% de los enfermos quedan discapacitados); la depresión mayor, el párkinson y otros trastornos motores (40%); la migraña, los dolores lumbares y el trastorno bipolar (30%); y la osteoporosis y la esclerosis múltiple (20%). A ellas hay que añadir los traumatismos craneoencefálicos y el sida, especialmente en niños. En la UE, la investigación social y epidemiológica sobre el curso de vida y las desigualdades en salud coinciden en señalar que la mayor parte de la desigualdad en esperanza de vida (de entre 10 y 30 años según el código postal y el grupo social) es debida al mayor nivel de pobreza y desempleo que sufren los enfermos crónicos<sup>117</sup>.

Estar discapacitado duplica el riesgo de pobreza en los países de la OCDE y en España se asocia con una de las tasas de empleo más bajas de la OCDE (tras ajustar por la tasa de empleo global): su probabilidad de encontrar trabajo es un 40% menor que la de la población general. Un 60% de

---

<sup>115</sup> Palomo, L., Rubio, C. y Gervas, J. (2006): "La comorbilidad en atención primaria", en *Gaceta Sanitaria*, 20(1), p. 182-191.

<sup>116</sup> Demoli, P., Annunziata, K., Gubba, E. y Adamek, L. (2012): "Repeated cross-sectional survey of asthma control in Europe in the past 5 years", en *European Respiratory Review*, 21(123), p. 66-74.

<sup>117</sup> Van Kippersluis, H., van Ourty, T., O'Donnell, O. y van Doorslaer, E. (2009): *Health and income across the life cycle and generations in Europe*.

los discapacitados declaran sufrir discriminación en Europa<sup>118</sup>, en comparación con un 40% de las minorías étnicas. En Canadá, se estima que sólo los costes indirectos de la discapacidad, en términos de empleo perdido y riqueza no generada, son de un 6,7% del PIB. Es urgente, por ello, prevenir la discapacidad mediante una mejor atención a la cronicidad, abordar el estigma y la discriminación mediante políticas de concienciación ciudadana (como la promovida por la OMS bajo el lema “La discapacidad no está en la persona, sino en el entorno”) y promover la integración laboral de los discapacitados. Los países nórdicos –y en especial Noruega, donde un presidente del Gobierno sufrió una baja por depresión mayor y denunció el débil apoyo laboral y social a la discapacidad incluso en Estados de bienestar fuertes– son ejemplos de buenas prácticas<sup>119</sup>.

4. Cerca de 900.000 inmigrantes indocumentados o en paro perdieron los derechos de acceso a la sanidad pública el 1 de septiembre de 2012. El Gobierno planea cobrarles 700 euros al año por reintegrarles sus derechos. El análisis de EE.UU. (caso más similar, apartado 6) no deja lugar a dudas sobre la urgencia de replantear este tema. Tras excluir a un colectivo semejante de inmigrantes (la mayoría indocumentados) en 1996, se registran reducciones de entre el 60% y el 15% en el aseguramiento de inmigrantes legales en programas sociales y sanitarios para la población de bajos ingresos (en parte por miedo infundado) y disminuye el acceso y la calidad de la atención comunitaria, sobre todo prenatal y preventiva. Ello deteriora la salud de las personas inmigrantes (que, por ejemplo, hoy en día tienen nueve veces más riesgo de contraer tuberculosis<sup>120</sup>) y la salud y las oportunidades de sus hijos<sup>121</sup>. También afecta al resto del país, vía enfermedades infecciosas, altos costes de las urgencias (que aumentan un 40%) e incremento del coste de tratar la enfermedad cuando ha adquirido mayor severidad (de hasta el triple en EE.UU.). Un estudio sobre resultados en salud desde 1950 destaca que “la esperanza de vida en Estados Unidos crece a menor ritmo que en otros países de altos ingresos durante los últimos 25 años”<sup>122</sup>. Aumenta el estigma asociado a la inmigración reciente, la discriminación y la desigual-

---

<sup>118</sup> European Commission (2009): *Special Eurobarometer 3017. Discrimination in the EU in 2009*.

<sup>119</sup> McDaid, D. (2012): *Countering the discrimination and stigmatization of people with mental health problems in Europe*. European Commission, Directorate of Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

<sup>120</sup> Bowen, D. (2012): “The social psychology of limiting healthcare benefits for undocumented immigrants – Moving beyond race, class, and nativism”, en *Journal of Health Law and Policy*, 102, p. 201-226.

<sup>121</sup> Rowley, D. y Hogan, V. (2012): “Disparities in infant mortality and effective, equitable care: Are infants suffering from benign neglect?”, en *Annual review of public health*, 33, p. 75-87.

<sup>122</sup> Population Reference Bureau (2011): “Trends in life expectancy in the United States, Denmark and the Netherlands: Rapid Increase, Stagnation, and Resumption”, en *Today's Research on Aging*, 22.

dad en derechos entre Estados<sup>123</sup>. La pobreza y la desigualdad aumentan en 1997-2008 y el gasto en sanidad e inmigración se dispara. La investigación demuestra también que la inmigración depende del mercado de trabajo y los lazos sociales previos; no existe evidencia que apoye el *efecto llamada* de las prestaciones de bienestar<sup>124</sup>.

En España, desde 2008 el saldo migratorio desciende rápidamente, lo que quita base a la argumentación sobre el *efecto llamada* de la sanidad pública. Otra pauta común a España, EE.UU. y otros países es el *efecto del migrante sano*, por el que las minorías étnicas tienen un nivel de salud (y a veces educativo) superior al de la población receptora<sup>125</sup>. Ello se atribuye a un sesgo de selección por el que las personas con menor nivel de salud o educación no consiguen emigrar o retornan antes: las migraciones son la respuesta global de los más sanos y capaces<sup>126</sup> a las crisis económicas. No se conocen bien las causas de la demora variable en la convergencia a la baja de la salud de los migrantes. Pero sí que soportan una alta discriminación y peores condiciones de trabajo y de vida –a igual nivel de cualificación– (con impactos adversos demostrados en la salud), así como un menor acceso y calidad en sanidad en EE.UU., incluidos los nacidos en el país y los residentes legales. En España, la evidencia previa destaca barreras de acceso a la atención comunitaria y a los ingresos en el hospital –a pesar de ser el derecho de acceso universal, seguramente debido al miedo, el desconocimiento y el posible mal trato institucional– y mayores tasas de uso de urgencias que la población española –una pauta más cara y con mayor riesgo de secuelas–<sup>127</sup>.

---

<sup>123</sup> DeRose, K., Escarce, J. y Lurie, N. (2007): “Immigrants and health care: Sources of vulnerability”, en *Health Affairs*, 26(5), p. 1258-1268; Nadeem, E., Lange, J., Edge, D., Fongwa, J., Belin, T. y Miranda, J. (2007): “Does stigma keep poor young immigrant and U.S.-born black and latina women from seeking mental health care?”, en *Psychiatric Services*, 58(12), p. 1547-1554.

<sup>124</sup> Yang, J. y Wallace, S. (2007): “Expansion of health insurance in California unlikely to act as magnet for undocumented immigration”, *Policy Brief UCLA Center for Health Policy Research*, p. 1-6.

<sup>125</sup> Luque, M., Iftikhar, N., Gutiérrez, I. y Bueno, A. (2012): “Stillbirth risk by maternal socio-economic status and country of origin: a population-based observational study in Spain, 2007-08”, en *European Journal of Public Health*, 22(4), p. 524-529; Agudelo, A., Ronda, E., Gil, D., González, L. y Regidor, E. (2009): “Relación en España de la duración de la gestación y del peso al nacer con la nacionalidad de la madre durante el período 2001-2005”, en *Revista Española de Salud Pública*, 83(2).

<sup>126</sup> Hallyday, T. (2006): *Busyness cycles, migration and health*, Working Paper 5-4; y Milanovic, B. (2011): *Global inequality. From class to migration, from proletarians to migrants*, Policy Research Working Paper 5820, World Bank.

<sup>127</sup> Agudelo, A., Ronda, E., Gil, D., Vives, C., García, A. M., Ruiz, C., Felt, E. y Benavides, F. (2011): “The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain”, en *BMC Public Health*, 11, p. 652; Scottish Government and Health Action Partnership International (2012): *Working for Equity in Health. The role of work, worklessness and social protection in health inequalities: Context, situation analysis and evidence review*, Action supported by the European Union Programme for Employment and Social Security – PROGRESS (2007-2013).

En España, como en EE.UU. y a diferencia de lo que ocurre en otros países de la UE-15, los inmigrantes visitan menos al médico<sup>128</sup>, a pesar de ser uno de los seis países europeos donde tienen (del 2000 al 2012) derechos plenos de acceso. No podía ser más rotunda la síntesis de un informe científico de 2011 –sobre la utilización del Estado de bienestar por parte de los inmigrantes en España– que aparece en titulares de prensa: “Inmigración: España sale ganando” (*El País*, 23 de mayo de 2011). El estudio demuestra que los inmigrantes gastan en bienestar menos de lo que ingresan en la Tesorería de la Seguridad Social, al estar más sanos (condición *sine qua non* para emigrar a nivel mundial) y retornar muchos de ellos a sus países de origen cuando caen enfermos, pierden el empleo o se jubilan<sup>129</sup>.

Debido a este flujo adaptativo es difícil estimar el impacto en salud en los inmigrantes, aunque sí sabemos que sufren el doble de paro e infraempleo que la población general. Una estimación rigurosa requeriría comparar a los residentes en España con los que permanecieron en el país de origen queriendo migrar y con los retornados. Un estudio vasco pionero en el mundo apunta en la dirección correcta: compara la salud de los marroquíes inmigrantes en el País Vasco con la población del mismo grupo social en su país de origen y concluye que emigrar mejora la salud física inmediata pero empeora la mental, con secuelas diferidas para la salud física<sup>130</sup>. Otra aproximación rigurosa al problema, aún prácticamente inexplorada, es investigar el curso de vida completo de los residentes en el país de destino antes y después de inmigrar (y/o emigrar de retorno)<sup>131</sup>.

---

<sup>128</sup> Calderón, A., Gimeno, L., Macipe, R., Poblador, B., Bordonaba, D. y Prados, A. (2011): “Primary care utilization patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System”, en *BMC Public Health*, 11; Arizaleta, L., Palomar, J., Márquez, M. y Monteagudo, O. (2009): “Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica”, en *Gaceta Sanitaria*, 23, p. 208-215; Gimeno, A., Armesto, J., Macipe, R. y Magallón, R. (2009): “Comparative study of pediatric prescription drug utilization between the Spanish and immigrant population”, en *BMC Health Services Research*, 8(9), p. 225; Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E. y Díaz Olalla, J. M. (2009): “La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España”, en *Gaceta Sanitaria*, 33(1), p. 4-11; Berra, S. y Elorza-Ricart, J. M. (2009): *Salud y uso de los servicios sanitarios en población inmigrante y autóctona de España*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/08; Grupo de Estudio sobre Inmigración y Salud (2006): *Mortalidad y causas principales de muerte en la población inmigrante residente en España 2001-5*. Madrid: Observatorio Permanente de la Inmigración, Ministerio de Trabajo.

<sup>129</sup> Bruquetas, M. y Moreno, J. (2011): *Inmigración y Estado de bienestar en España*. Barcelona: Colección de Estudios Sociales, Obra Social de La Caixa.

<sup>130</sup> Rodríguez Álvarez, E., Lanborena Elordui, N., Errami, M., Rodríguez Rodríguez, A., Pereda Riguera, C., Vallejo de la Hoz, G. y Moreno Márquez, G. (2009): “Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco”, en *Gaceta Sanitaria*, 23(1), p. 29-37.

<sup>131</sup> Spallek, J., Zeebm H, y Razum, O. (2011): “What do we have to know from migrants’ past exposures to understand their health status? A life course approach”, en *Emerging Themes in Epidemiology*, 8.

5. Organismos internacionales, investigadores y expertos coinciden en que *la infancia vulnerable* es, de todos los colectivos sensibles, el que debería tener mayor prioridad –en el incierto caso en el que fuera lícito y justo establecer prioridades entre personas que sufren–. Su enorme relevancia humana es obvia. Su importancia estratégica –más marcada en el período gestacional y la primera infancia– para la sostenibilidad futura del país está demostrada. El citado informe de la Presidencia española de la UE sobre determinantes sociales de la salud, coordinado por el Ministerio de Sanidad en 2010, subraya, por ejemplo, que: 1) en la infancia temprana la exposición a la violencia genera lesiones permanentes en el ADN que duplican el riesgo de enfermedad y muerte; 2) en esta etapa vital, el bajo peso y la mala alimentación multiplican por siete el riesgo de diabetes y generan problemas cardíacos de adulto; 3) en la juventud, una larga enfermedad lastra la movilidad social; y 4) la exposición a altas tasas de contaminación, tanto *in utero* como en niños y jóvenes, multiplica el riesgo de obesidad y mortalidad prematura. El *Informe sobre la salud en el mundo 2012* de la OMS destaca, además, que Italia y España registran niveles máximos de contaminación en Europa, que casi duplican, por ejemplo, los de las grandes ciudades de Reino Unido o Alemania.

## 9.2 Políticas y sectores prioritarios

La primera prioridad es remediar el déficit histórico en atención comunitaria y atención a la discapacidad. En Portugal, la evidencia demuestra que gran parte de la mejora en esperanza de vida (del doble que en España) desde 1970 se debe a una atención primaria fuerte<sup>132</sup>, a la que emigran muchos de nuestros médicos por sus mejores condiciones laborales y salariales. Uno de los mayores expertos en Seguridad Social (el profesor Adolfo Jiménez, ex Secretario de Estado de Seguridad Social y actual presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social) ha subrayado en conferencias y publicaciones que uno de los colectivos más injustamente tratados en la reglamentación de la Seguridad Social es el de los discapacitados y los inválidos, y que las asimetrías injustas que afectan a colectivos vulnerables amenazan la legitimidad del Estado de bienestar en su conjunto. Es urgente, por ello, adoptar también políticas antidiscriminación laboral de la discapacidad y la salud mental ensayadas con éxito en Europa<sup>133</sup>. Y reforzar la salud pública, en especial las unidades de evaluación y prevención del impacto de las crisis económicas, que apliquen las lecciones históricas aprendidas en otras crisis de salud pública<sup>134</sup>.

---

<sup>132</sup> OMS (2008): *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud Mundial*, p. 2-23.

<sup>133</sup> OMS (2011): *The way forward: Recommendations, World report on disability*, p. 261-271.

<sup>134</sup> Gervás, J., Hernández Aguado, I. y Grupo de Situaciones de Crisis (2009): “Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España”, en *Gaceta Sanitaria*, 23(1), p. 67-71.

Otro problema urgente en sanidad son las bajas tasas de profesionales públicos por habitante. En sanidad, el déficit de profesionales comienza con la introducción de *númerus clausus* en torno a 1980 en España y se acelera desde el año 2000 con la emigración de sanitarios españoles. Los tímidos aumentos encuentran la oposición de colegios profesionales (preocupados por una posible reducción salarial) y economistas (preocupados por los posibles aumentos estructurales del gasto evitable). Mientras, aumenta la contratación eventual de médicos de países en vías de desarrollo cuya formación supone una inversión importante. Es de esperar que esta tendencia se agudice tras la crisis. Un ejemplo alarmante es que en la República Árabe Saharaui queden hoy menos de 5 de los 200 médicos que había en los años noventa<sup>135</sup>. Enfatiza la urgencia de aumentar la formación de sanitarios en España, de establecer cláusulas de ejercicio inicial obligatorio en el sector público de origen y establecer un impuesto especial a los países receptores para compensar a los de origen por los gastos en formación.

El coste de estas medidas es muy bajo. Duplicar el gasto en atención primaria y salud pública supondría menos de un 10% de aumento del gasto total en sanidad. Al ser nuestros inmigrantes más sanos, tener un mejor nivel educativo que la población autóctona y utilizar menos la sanidad (salvo las urgencias), el coste del acceso universal en atención comunitaria es menor que el de las urgencias (una exigencia de los Convenios de Derechos Humanos de Naciones Unidas), que además se espera que sean más severas y costosas tras los recortes. Formar profesionales es más barato que financiar gasto en alta tecnología –que según el INE se multiplica por cuatro en la última década–, evita costes y problemas de homologación (que hoy en día ocupan las cabeceras de los periódicos en España) y obtiene similares o mejores resultados<sup>136</sup>. Y dados los altos costes indirectos (en empleo y riqueza), directos (en sanidad, pensiones, servicios sociales) y humanos (discriminación, estigma) de la discapacidad, prevenirla mínimamente y disminuir la discriminación laboral reportaría ahorros palpables inmediatos y diferidos.

Es también urgente aumentar el gasto social en partidas de bajo coste y con capacidad probada de prevenir impactos adversos en salud, como las políticas familiares y de prevención de embargos; las de infancia, proigualdad educativa y antidiscriminación; y las de integración en el empleo y de mantenimiento de rentas para familias pobres con niños, infradesempleados, inmigrantes y jóvenes. El País Vasco pilota desde hace una década estos últimos programas, con excelentes resultados. En la UE, un aumento en el gasto en subsidios de renta tiene tres veces más impacto en la mortalidad

---

<sup>135</sup> *I Jornadas de Médicos Saharauis*, coordinadas por Médicos del Mundo, Madrid, mayo de 2012.

<sup>136</sup> OCDE (2003): *A disease-based comparison of health care systems: What is best and at what cost?*

que un aumento de la misma magnitud en sanidad –que se concentra en hospitales y medicamentos, menos efectivos para combatir los efectos de la crisis–. En los países pobres ocurre lo contrario, como demuestra la evaluación de impacto reciente del Banco Mundial sobre la universalización de la sanidad en Tailandia, cuyos efectos positivos en salud cuadruplican los de los subsidios de renta<sup>137</sup>.

España, con un 30% de los menores por debajo del umbral de la pobreza y un 10% de los niños desnutridos y en viviendas insalubres, donde la violencia en la escuela se dobla durante la crisis y con tasas máximas en cuanto a jóvenes sin apoyo institucional, desigualdad educativa e infraempleo y paro, necesita acciones públicas sostenidas de apoyo a la infancia y la adolescencia tanto en sanidad como en bienestar. Destacan por su especial urgencia la inversión en discapacitados y enfermos crónicos severos, hijos de inmigrantes pobres y con baja cualificación y en áreas territoriales especialmente deprimidas. Y, por supuesto, el reingreso de inmigrantes indocumentados en el SNS.

### 9.3 Política, investigación y democracia

Un tema clave que no hemos podido cubrir en este trabajo es el cambio de paradigma que se produce en economía desde 2010, dada la nueva evidencia de que las políticas contracíclicas y proigualdad aumentan la cohesión social y promueven el crecimiento económico estable. Las respuestas neokeynesianas reingresan con fuerza en la agenda política como resultado de este fundamento científico creciente. El FMI, el Banco Mundial o la OCDE, pilares previos de la ortodoxia macroeconómica, demuestran hoy día que el empleo precario atrae inversión volátil, que las políticas familiares y contracíclicas son efectivas para prevenir secuelas de por vida en niños y que la igualdad estructural es el mejor remedio anticrisis. Investigadores europeos y organismos como la OMS, la OIT o la Fundación Bertelsmann demuestran la contribución a la riqueza y el empleo de la inversión en salud, o la efectividad anticrisis del bienestar público, y proponen evaluar a los gobiernos con indicadores de justicia social<sup>138</sup>.

---

<sup>137</sup> Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009): “The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, en *The Lancet*, vol. 374, p. 315-323; y Wagstaff, A. y Manachotphong, W. (2012): *The Health Effects of Universal Health Care: Evidence from Thailand*, Policy Research Working Papers 6119, World Bank.

<sup>138</sup> Berg, A. y Ostry, J. (2011): *Inequality and unsustainable economic growth: two sides of the same coin?* IMF Staff Discussion Note 8; Lundberg, M. y Wuermeli, A. (2012): *Children and youth in crisis. Protecting and promoting human development in times of economic shocks*. World Bank; OCDE (2012): *Social cohesion in a shifting world*; OCDE (2011): “An overview of growing incomes inequalities in OCDE countries”, en *Divided we stand: Why inequality keeps rising*; McKee, M., Basu, S. y Stuckler, D. (2012): “Health systems, health and wealth: the

Otro tema que no abordamos en detalle es la duración esperada de los impactos adversos. El reciente desembarco de la epidemiología en la investigación sobre impacto de las crisis (de larga tradición en ciencias sociales), con modelos estáticos y enfoques analíticos ingenuos, ha causado gran daño, al convencer a una parte de la opinión experta de que la crisis tiene efectos netos positivos en la salud. La crítica de Brenner, y de Stuckler *et al.*<sup>139</sup>, a esta simplificación equivocada deja claro que el supuesto base de estas investigaciones (que los efectos en salud son contemporáneos a la caída del PIB; es decir, que no hay efectos diferidos) es insostenible: la investigación social y la epidemiológica –sobre el curso de vida– sugieren que los retardos (duración de los efectos diferidos) en Europa son de al menos unos 10-20 años<sup>140</sup>.

## 10. La cadena se rompe por el eslabón más débil: resumen y conclusión

La crisis tiene un impacto directo en la vida diaria de la población y puede tener repercusiones inmediatas en su salud y en su uso de la sanidad.

---

argument for investment applies now more than ever”, en *Social Science and Medicine*, 24, p. 684-687; Kierzenkowski, R. y Koske, I. (2012): *Less Income Inequality and More Growth – Are they Compatible? Part 8. The Drivers of Labour Income Inequality – A Literature Review*, OECD Economics Department Working Papers 931; Dolls, M., Fuese, C. y Peichl, A. (2011): *Automatic stabilizers, economic crisis and income distribution in Europe*, GINI Discussion Paper 23; Thomson, J. y Leight, E. (2012): *Searching for the supposed benefits of higher inequality*. Political Economy Research Institute Research Brief, University of Massachusetts; International Labour Organization (2012): *World of Work Report 2012: Better jobs for a better economy*; Fundación Bertelsmann (2011): *Social Justice Indicators in the OCDE: How do the members states compare?*

<sup>139</sup> Brenner, M. H. (2005): “Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century-experience of the United States 1901-2000”, en *International Journal of Epidemiology*, 34, p. 1214-1221; Suhrcke, M., Stuckler, D. y Leone, T. (2009): *Recession and health in Europe: What to expect?*, Research Note for the European Commission, The London School of Economics; Biggs, B., King, L. Basu, S. y Stuckler, D. (2010): “Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality and poverty on public health in Latin America”, en *Social Science and Medicine*, 71(2), p. 266-273.

<sup>140</sup> Karlsdotter, K., Martín Martín, J. J. y López del Amo, M. P. (2012): “Multilevel analysis of income, income inequalities and health in Spain”, en *Social Science and Medicine*, 74(7), p. 1099-1106; Córdoba, J. A. (2012); Rico, A., Ramos, X. y Borrell, C. (2003): “Distribución de la renta, cohesión social y esperanza de vida en España”, *Informe SESPAS*; Lundberg, M. y Wuermli, A. (2012): *Children and youth in crisis*. World Bank; Zheng, H. (2012): “Do people die from income inequality of a decade ago?”, en *Social Science and Medicine*, 75(1), p. 36-45; International Labour Organization (2012); Jenkins, S., Brandolini, A., Micklewright, J. y Nolan, B. (2011): “The Great Recession and the Distribution of Household Income”, *XIII European Conference Incomes Across the Great Recessio*. Palermo: Fondazione Rodolfo De Benedetti; Brugiavini, A. y Weber, G. (2011): “Longer-term consequences on income distribution of the Great Recession”, *XIII European Conference Incomes Across the Great Recessio*. Palermo: Fondazione Rodolfo De Benedetti; Sullivan, D. y von Watcher, T. (2009): “Job Displacement and Mortality: An Analysis using Administrative Data”, en *Quarterly Journal of Economics*, 124(3), p. 1265-1306.

Según el indicador de mortalidad evitable<sup>141</sup> –habitualmente utilizado para evaluar la calidad de los servicios sanitarios–, y tomando como referencia la evolución del período 1990-2001<sup>142</sup>, se puede afirmar que en España los cuatro primeros años de la crisis dejan ya un triste saldo de miles de muertes evitables y años de vida potenciales perdidos entre la población menor de 65 años. Este saldo trágico es menor que en otros países similares en cuanto a magnitud de la crisis y desigualdad previa (como EE.UU. o Irlanda), pero superior a países (como Suecia, Canadá o Australia) con altos niveles de inversión en bienestar público, que amortiguan su impacto social y en salud. Aumentan, además, correlativamente la actividad y las esperas en atención a la cronicidad, salud mental y enfermedades del corazón. Esto es coherente con la primera hipótesis (H1) de la investigación: el impacto en sanidad depende del impacto en salud, y con la H6 (ver página siguiente).

Se confirma que es importante estimar impactos diferidos (H2), dado que pobreza y mala salud tienen efectos multiplicadores acumulativos (H3), que se transmiten de una generación a otra. La posguerra, la dictadura y la crisis de los años setenta en España conllevaron una reducida inversión pública en políticas sociales<sup>143</sup>, por la que se paga un alto precio en vidas humanas en los años ochenta y noventa. Las fragilidades estructurales en desigualdad y bienestar suponen un *handicap* añadido de cara a la actual crisis, que nuestro país (y otros del sur de Europa) comparten con países anglosajones de corte liberal como EE.UU., Reino Unido o Irlanda. La frágil situación de inmigrantes y niños también apunta a importantes costes diferidos: es perfectamente plausible, por ejemplo, que se dupliquen en la próxima década los muertos por tuberculosis y sida, la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la desnutrición y la violencia en la infancia. Aunque menor, no deja de preocupar la caída de la natalidad (un impacto de la crisis propio de países pobres<sup>144</sup>) durante tres años consecutivos y sus bajos niveles previos en España. Hoy sabemos, además, que las secuelas de la actual crisis en salud (y en costes evitables en sanidad) no serán evidentes hasta que lleguen a la madurez los niños nacidos esos años, que tienen un alto riesgo de sufrir pobreza, violencia y baja cualificación futuras.

El impacto de la crisis a largo plazo puede ser tan o más severo, a no ser que se reviertan los recortes y se inviertan recursos públicos para mitigar

---

<sup>141</sup> Por mortalidad evitable se entienden los casos de muerte por procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos.

<sup>142</sup> Vergara, M., Benach, J., Martínez, J. M., Buxó, M. y Yasui, Y. (2009): “La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001)”, en *Gaceta Sanitaria*, 23(1), p. 16-22.

<sup>143</sup> Repullo, J. (2009): “Políticas tutelares asimétricas”, en *Gaceta Sanitaria*, 23(4), p. 342-347.

<sup>144</sup> Kurosu, S., Bengtsson, T. y Campbell, C. (2010): *Demographic responses to economic and environmental crises. Proceedings of the IUSSP Seminar*. Kashiwa: Universidad de Reitaku.

su impacto a corto y medio plazo (H4-H5). Aunque las respuestas a la crisis pesen menos como causas que la igualdad o el bienestar previos, cambian más rápido y sus efectos sobre la salud son más directos. Son, por ello, clave para prevenir secuelas permanentes. La investigación sobre evaluación del impacto distributivo de respuestas políticas alternativas en salud y sanidad ha mejorado extraordinariamente su calidad en los últimos años y permite pasar del terreno de la ideología al de los resultados probados.

En España, la evolución en sanidad y salud en los primeros cinco años de la crisis (H6) es en parte la esperada (deterioro de la salud y aumentos en sanidad) y en parte paradójica, dado que los altos niveles de desigualdad y la debilidad del Estado de bienestar (que sí se materializan en menores ganancias en esperanza de vida que en la UE hasta 2008) permitían esperar un impacto mayor que el registrado en 2008-2011. La paradoja puede deberse al descenso de la desigualdad de renta desde los años ochenta y a los aumentos contracíclicos del gasto sanitario y social en 2003-2005 y 2008-2010. Ambos factores podrían estar generando un retardo extra en España en lo que podemos denominar *el grueso* de los impactos adversos en salud, que, tras los severos recortes, podría conllevar, como en los años noventa, la caída o parálisis de la esperanza de vida durante una década o más tras la crisis.

De hecho, en nuestro país los recortes estructurales procíclicos y asimétricos radicales, de magnitud sólo semejante a EE.UU. en los años noventa, permiten predecir una convergencia hacia sus deficientes resultados tanto en esperanza de vida –menor– como en gasto sanitario –más del doble– (H7). Los recortes van, además, contra la tendencia europea e inciden sobre colectivos debilitados por la crisis y discriminados en el mercado laboral. Algunas prácticas recientes en el ámbito de la inmigración, como la reclusión en Centros de Internamiento de Extranjeros ilegales y las barreras a la reunificación familiar, pueden tener graves consecuencias de salud pública (por ejemplo, aumento del contagio de enfermedades infecciosas como el sida o las enfermedades de transmisión sexual).

De hecho, los colectivos vulnerables, incluyendo a los inmigrantes irregulares, tienen en España (como en EE.UU.) una situación económica y política especialmente frágil en comparación con la media de Europa, dados los altos niveles de desempleo, infraempleo y desigualdad y el bajo gasto público en educación y bienestar. Las crisis, cuando se enfrentan con fragilidades semejantes en la estructura social y de bienestar y con respuestas políticas procíclicas, empeoran estas divisiones sociales. Ello a su vez debilita aún más la influencia de los más pobres, lo que facilita respuestas asimétricas (por parte de gobiernos conservadores), con costes concentrados en los más débiles. Las asimetrías de derechos, más en general, refuerzan la desigualdad estructural, deprimen la participación y el consumo y erosionan la legitimidad del Estado de derecho y la confianza en la democracia.

Un factor especialmente favorable en España (y en el resto del sur de Europa, incluida Francia) es la caída en la desigualdad de la renta en las últimas décadas, que ha aumentado en el resto de países de la UE y la OCDE. Esta caída se asocia a impuestos directos progresivos e IVA bajo, y a subsidios para el acceso a la propiedad de la vivienda a colectivos de bajos ingresos; en menor medida también al bienestar público –variable, poco redistributivo y decreciente– y al apoyo familiar –bajo creciente sobrecarga–. Ambos factores benéficos se revierten con los recortes en 2012. Es de esperar, por ello, que pronto se invierta la pauta previa de descenso de la desigualdad de renta. Hoy sabemos que la alta desigualdad se paga en cohesión social y en crecimiento económico menor y más inestable. De ahí que, a menos que se revierta esta situación, el impacto diferido de la crisis en España sea previsiblemente más letal y duradero que en la UE.

La política, y en especial la política sanitaria, no es otra cosa que “medicina a gran escala”<sup>145</sup>, por el importante papel que desempeña en la salud y en la vida de las personas. En Europa, una serie de pactos y acuerdos constitucionales (que se copiaron sólo en parte en EE.UU.) cimientan la reinención de la democracia como Estado Social de Derecho tras la Segunda Guerra Mundial, y están también en la base de la creación de la UE. Diferencian a este grupo de países de otros igualmente avanzados como EE.UU., Japón o Suiza, centrados en el sueño de un mayor crecimiento aun a costa de menor bienestar. Desde 1989, este *contrato social* europeo se rompe en el antiguo bloque soviético, donde prima la liberalización de mercados sobre la igualdad de renta y la universalidad efectiva de las políticas de bienestar.

Es importante reconocer que España en 2012 inicia esa misma ruta, mediante: 1) el reconocimiento institucional de derechos asimétricos para diferentes categorías de personas, dependiendo de su origen étnico y su estatus laboral; y 2) políticas de reducción del gasto público en sanidad y educación superiores al 40% en algunas partidas clave, que en la práctica suponen la quiebra de servicios de alta calidad e importancia estratégica para el desarrollo económico y el empleo futuro. La respuesta política en sanidad en 2012, junto con la desinversión en sanidad y bienestar previa, aproximan al sistema público en nuestro país al modelo de EE.UU. y de Europa del Este y lo alejan del modelo universal de Europa occidental. Y ello a pesar del bajo coste-efectividad de la sanidad en EE.UU. (que inicia la transición al modelo europeo en 2008) y de los riesgos que conllevan los cambios radicales de modelo en este campo, sobradamente probados. Aún es posible evitar esta transición, dando marcha atrás en las reformas sanitaria y laboral y adoptando medidas contracíclicas como han hecho con éxito por ejemplo el País Vasco, Bélgica, Francia, Canadá y Suecia.

---

<sup>145</sup> Mackenbach, J. (2009): “Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health’s biggest idea”, en *Journal of Epidemiology and Community Medicine*, 63, p. 181-184.

Si se quieren evitar secuelas permanentes y costes diferidos, hay que echar marcha atrás en las reformas sanitaria y laboral y potenciar cinco áreas de intervención pública de bajo coste y alta efectividad para garantizar un SNS universal sostenible:

1. *Inversión en atención comunitaria* (atención primaria, salud mental, cronicidad, discapacidad) *integrada de calidad*.

2. *Promoción e incentivos al acceso de inmigrantes a la atención primaria y salud mental* (que contrarresten las secuelas del denominado “decretazo”).

3. *Refuerzo de la salud pública*, en especial de proyectos, unidades y acciones anticrisis económica que apliquen lecciones aprendidas en otras crisis de salud pública.

4. *Inversión en formación de sanitarios* (de aquí o de fuera) y *compensación por formación de sanitarios extracomunitarios públicos* a los países de origen.

5. *Inversión en un modelo nórdico de bienestar*: redistribución fiscal junto con el apoyo y la activación de colectivos vulnerables mediante políticas familiares y de infancia, de incapacidad y dependencia, de mantenimiento en el empleo (de gran éxito en el País Vasco) y de formación e integración laboral de jóvenes, infraempleados y parados (como ha promovido, por ejemplo, Comisiones Obreras desde FORCEM).

La situación que estamos viviendo en España pone de manifiesto que no estamos atravesando simplemente una crisis, sino un verdadero cambio de época. Los impactos del gran cambio tecnológico que significa Internet han modificado ya el funcionamiento del sistema económico, está implicando grandes cambios en la vida de las personas y está generando una profundización de la crisis de legitimidad de las instituciones políticas y representativas de la democracia.

Asistimos a una notable degradación del lenguaje público en nuestro país. El lenguaje de los políticos y de los medios de comunicación se ve cada vez más invadido por el insulto y el exabrupto. El debate de ideas, de contenido, va siendo desplazado por la descalificación personal o el juicio de intenciones. Todo ello constituye un claro debilitamiento de la vida democrática, que exige un uso respetuoso de la palabra.

Sin empresas y sin emprendedores no saldremos de esta crisis. ¿Están preparados para ello nuestras empresas y nuestros empresarios? Analizamos la iniciativa empresarial, las diferencias por sectores económicos, los factores de éxito y fracaso en el emprendimiento, la situación de las PYMES españolas, sus características, sus estrategias de competitividad y sostenibilidad en un contexto necesariamente global o internacionalizado.

Durante décadas la educación ha actuado en nuestro país como el gran ascensor que facilitaba la igualdad de oportunidades y la mejora de los individuos en la escala social. Esa capacidad sigue manifestándose en la actualidad, pero con mucha menor intensidad. La actual crisis iniciada en la segunda mitad de 2008 pone de actualidad el debate en torno a la desigualdad de oportunidades educativas y la continuidad o no de la educación como principal canal abierto de movilidad social.

Los españoles ven con preocupación creciente el futuro del sistema sanitario. La crisis impacta en la sanidad por dos vías: por el aumento de las necesidades y por la reducción de los recursos del Sistema Nacional de Salud. Los recortes estructurales en sanidad ponen en riesgo uno de los pilares básicos de nuestro Estado de bienestar y nos alejan de Europa. Hay alternativas a unas medidas que afectan más a los más débiles y con previsibles altos costes diferidos en salud y gasto sanitario.

Las TIC, con su desarrollo acelerado y omniabarcante gracias a las nuevas redes y dispositivos, están redefiniendo nuestra vida en todos los ámbitos. Avanzamos hacia la sociedad de la hiperconectividad. Las tremendas oportunidades sociales, económicas, educativas y políticas que este contexto tecnológico nos ofrece sólo se realizarán si desde dentro son permanentemente interpeladas respecto a su impacto en la vida de las personas y de la sociedad.

El avance en las infraestructuras de transporte en nuestro país en las últimas décadas ha sido espectacular. Precisamos ahora apostar por modos sostenibles al servicio de las necesidades de los ciudadanos, más integrados y competitivos, con menos costes económicos y ambientales. En las ciudades el paradigma de la velocidad, cuyo objetivo era la fluidez del tráfico, empieza a ser sustituido por un modelo de ciudad vivible, donde la movilidad motorizada pierde su protagonismo.

