

La salud y la protección social ¡No se venden!



*“Red Europea contra la privatización y mercantilización de la
sanidad
y de la protección social”*

Índice

La salud de las y los europeos en peligro.....	3
1. La protección social puede funcionar.....	5
Creación de servicios públicos sanitarios y estado de bienestar social	
Características comunes	
Comparando modelos: europeo/EEUU	
2. La comercialización avanza a grandes pasos.....	8
Antes que Europa, los países del Sur ya fueron utilizados como “conejiillos de India.”	
Los países de Europa del Este buscan un modelo	
Inversión pública insuficiente y mundialización financiera	
A partir de Maastricht: ¡Europa responsable de la Salud!	
3. Crisis, austeridad y salud.....	13
¡La pobreza perjudica gravemente la salud!	
La austeridad perjudica gravemente la atención sanitaria	
4. La austeridad fortalece la financiación privada de los sistemas de sanidad	17
El personal sanitario paga la crisis	
Mujeres y salud	
Austeridad, salud e inmigración	
5. Conclusión.....	21
El gran mercado trasatlántico contra los pueblos, la salud y la protección social!	
¡Es urgente salvar la sanidad europea! Exijámoslo!!!	



La salud de las y los europeos en peligro!

La "Red Europea contra la privatización y comercialización de la sanidad y de la protección social" combate desde hace años contra el desmantelamiento de los sistemas sanitarios, de la protección social, y sus peligrosas consecuencias.

Tras la Segunda Guerra Mundial, estos dispositivos de protección social tuvieron un papel fundamental en el desarrollo del estado de bienestar.

La política de austeridad está siendo aplicada por la Troika como respuesta a la crisis económica, para conseguir una salida que beneficie principalmente a las grandes corporaciones y al capital financiero. Esto es una amenaza para los enfermos, la salud de la población y el personal sanitario, así como para el conjunto de los mecanismos de protección social de los Estados, y en particular para la financiación de los sistemas sanitarios.

El deterioro de la salud de una parte significativa de la población de los Estados Europeos – variando según los países- ha sido y sigue siendo objeto hoy en día de grandes movilizaciones, principalmente en el sur de Europa.

En la actualidad estos servicios públicos sanitarios están siendo suplantados por el rápido desarrollo de una oferta privada. Desde el inicio de la crisis financiera, el crecimiento del sector privado se ha disparado, como lo muestran dos ejemplos recientes:

En septiembre de 2013, la empresa alemana Fresenius compró 43 hospitales a la empresa Rhön-Klinikum AG convirtiéndose, con sus 175.000 empleados en todo el mundo, en líder europeo indiscutible de las clínicas privadas sanitarias. Alemania ha experimentado una de las mayores oleadas de privatización de los hospitales de Europa. Según la Oficina Federal de Estadísticas Destatis, entre 1995 y 2010, la proporción de hospitales privados se ha duplicado, alcanzando un 33% mientras que, en las mismas fechas, el número total de hospitales ha disminuido un 11%.

El grupo francés Korian, especializado en residencias privadas para ancianos, se fusionó en septiembre de 2013 con el grupo Medica, convirtiéndose de esta forma en el indiscutible líder europeo del "oro gris". Incluso si algunos países como Francia cuentan desde hace mucho tiempo con un importante sector privado sanitario, es evidente que las multinacionales alemanas y francesas han pasado a una etapa superior en la que los dirigentes de las empresas sanitarias sólo buscan incrementar sus beneficios.

La sanidad que era un bien común de toda la población se ha convertido en Europa en el objetivo de un mercado competitivo.

De ahí, el objetivo de este "manifiesto reivindicativo": alertar a los pueblos de Europa y a los profesionales de la sanidad sobre las consecuencias de las políticas de privatización y mercantilización, haciendo un llamamiento a los gobiernos y candidatos a las elecciones europeas del 25 de mayo de 2014.

Este "manifiesto reivindicativo" es el resultado de meses de trabajo de nuestra Red durante los cuales se difundió a gran escala un cuestionario en más de 15 países europeos. Se trataba de recoger información concreta y verificable acerca de los mecanismos comunes de la privatización y mercantilización, así como de la financiación de la atención sanitaria en los diferentes países, destacando las especificidades locales tanto en términos de estado de salud de la población, como de la degradación de la cobertura sanitaria y social.

Se trataba principalmente de recoger, en cada país, la opinión de todos los implicados capaces de analizar la situación, y poner de relieve los puntos fuertes y las posibles alianzas para actuar conjuntamente en defensa de un modelo unificado y universal de sanidad y protección social. Más adelante, pediremos difundir ampliamente este marco analítico con un seguimiento a nivel local y nacional, a fin de que se pronuncien los candidatos nacionales en las elecciones europeas de mayo de 2014: "¿Qué modelo sanitario defiende usted, y en el marco de qué Europa?".

Hemos elegido la sanidad como punto de partida para este trabajo de análisis, información y movilización por tres razones:

- La sanidad nos concierne a todos y todas ya que seamos profesionales o usuarios, nuestros intereses convergen.
- Todos podemos identificar fácilmente los mecanismos perversos del sistema en sus consecuencias prácticas, que igualmente se generalizan en el modelo de sociedad en que vivimos.
- Por último, se demuestra económica y científicamente que el sistema que defendemos – sin ánimo de lucro, solidario y universal– es mucho más eficiente que el sistema mercantil privado. Los dogmas de una economía liberal no pueden aplicarse a la sanidad puesto que la salud ¡no es una mercancía!





1. La protección social puede funcionar

Desde 1945 hasta el comienzo de los años setenta se fueron construyendo y ampliaron los servicios públicos de salud y el estado de bienestar social.

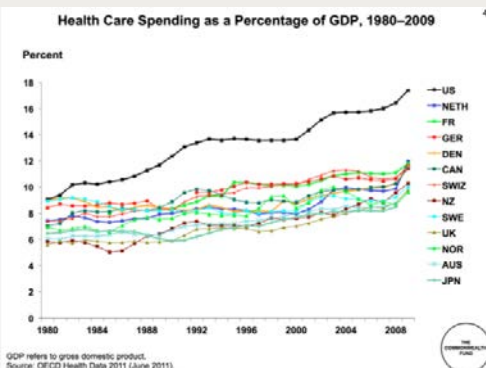
Tras la Segunda Guerra Mundial, los países de la Unión Europea se dotaron paulatinamente de un sistema de protección sanitaria cuyas garantías no han dejado de ampliarse para llegar a abarcar, hasta hace poco, al conjunto de residentes del territorio.

La financiación colectiva de los gastos de sanidad ya sea a través de los Estados -en el funcionamiento Beveridge - o bien mediante la seguridad social -modelo Bismark-, ha permitido un financiamiento solidario, con una notable evolución global, accesible a todos, y una mejora continua de la salud de la población europea.

En el contexto de la reconstrucción de una Europa destruida por la guerra, las políticas públicas permitieron no solamente implementar un sistema de atención sanitaria de los mejores del mundo y accesible a todos, sino sobre todo mejorar los **principales determinantes sociales de la salud**, como son el acceso a la vivienda, a la alimentación, a la educación, al empleo y a la cultura; desarrollo de los transportes, de la agricultura, etc.

Como sabemos que la salud de una población depende alrededor del 75% de estos determinantes, se comprende la importancia de una visión global de la salud y de la protección social. Las políticas de **prevención** aparecen como inversiones a largo plazo, necesarias para mejorar la salud y el bienestar de la población (higiene, lucha contra el alcoholismo, seguimiento neonatal, etc.)

«El espíritu del 45”, en palabras del cineasta Ken Loach, fue la base de una mejora sustancial de las condiciones de vida, gracias al lugar preponderante de los servicios públicos no mercantilizados.



Evolución del gasto en salud entre EE.UU. y diversos países europeos, en porcentaje del PIB, en los años 1980-2008. Fuente OCDE.

Más allá de los diferentes modos de organización en los distintos países, encontramos una serie de características comunes a estos servicios públicos.

La **finalidad** del servicio es, sin duda, un factor primordial. El objetivo es el bienestar de la población y, en ningún caso puede supeditarse éste a la retribución de los accionistas, cuando los servicios públicos se han privatizado, por ejemplo.

Este objetivo se logrará únicamente **si aseguramos el acceso a todos**, es decir la universalidad de la cobertura. Esta accesibilidad debe garantizarse en su momento tanto a nivel económico como cultural, geográfico o administrativo. Una cobertura universal sólo puede alcanzarse separando completamente financiación y cobertura: ¡todo residente debe tener derecho a una cobertura de calidad!

Estos servicios son **financiados** solidariamente, es decir, ya sea a través de una red de seguridad social (en su mayoría vinculadas con el trabajo), ya sea por medio del Estado (a través de los impuestos): se trata de una financiación colectiva basada sobre la solidaridad y no vinculada al riesgo. El que usted tenga o no una buena salud, sea joven o anciano, lleve una vida de riesgo o no, etc. no debe afectar a su cotización o participación en la financiación.

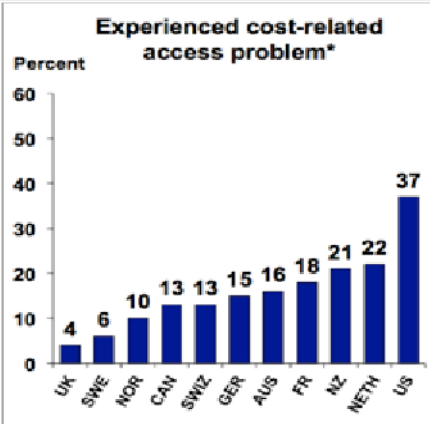
Estos servicios pueden ser suministrados por **proveedores privados sin ánimo de lucro**¹. Con frecuencia, proveedores procedentes de autoridades locales o regionales (municipalidades, regiones, Landen ...); en ocasiones, se trata de financiación central (NHS en Inglaterra, por ejemplo); a veces también privados sin ánimo de lucro, actuando en un dispositivo de servicio público delegado, aprobado y financiado como tal por la autoridad pública (el «No Mercantil» en Bélgica, por ejemplo)

Estos operadores están sujetos a un **control democrático** real, implementado por la autoridad pública de la que dependen. Según los diferentes países, existen variantes de este control, pero por lo general se trata de normas ya sean de «entrada» (estándares estructurales, de personal, de organización, de calificación ...), ya sean de «salida» (calidad del servicio, estado de salud de la población atendida, etc.).

Además, este control externo se completa en muchos países por la voluntad de participación y de control interno de los beneficiarios y/o de los profesionales de la sanidad; También este dispositivo se completa con numerosos mecanismos para lograr una transparencia total.

Gracias a este espíritu, se ha podido desarrollar una "**gestión**" específica que involucra recursos tanto humanos como financieros y materiales u organizativos, con miras al objetivo final, es decir, el bienestar de la población, y garantizando al mismo tiempo buenas condiciones de trabajo.

¹En el resto del documento, hablaremos de servicio público tanto para los proveedores públicos, como para los proveedores privados sin ánimo de lucro que aseguran servicios públicos.



Ilustra el problema económico en el acceso a la atención sanitaria en porcentajes para diferentes países

Mediante inversiones adecuadas, las organizaciones deben centrarse en la **calidad** del servicio. En un contexto de recursos limitados, existen muchos mecanismos en los diferentes países que incitan a estos proveedores a una **eficiencia** real. En cuanto a sanidad se refiere, ésta pasa principalmente por una buena coordinación entre la prestación de la asistencia y las necesidades, específicamente con el desarrollo de una atención primaria, pero igualmente por una planificación y programación impuestas por las autoridades públicas. Y por último, por normas sociales. Es gracias a este modelo que la Unión Europea cuenta actualmente con una esperanza de vida entre las más altas del mundo y un nivel de salud envidiable con un costo relativamente bajo para la sociedad.



2 La comercialización avanza a grandes pasos

Antes que Europa, los países del Sur han servido de “conejiillos de Indias”

La mercantilización de los sistemas de salud y de protección social no data de la actual crisis 2007-2013. Bajo el efecto de la financiarización de la economía mundial a mediados de los años 80, los países del Sur del planeta se han enfrentado en su mayoría al pago de deuda soberana y han sido sometidos a planes de ajustes estructurales por parte del FMI (Fondo Monetario Internacional), la Banca mundial y las potencias del Norte. De forma casi sistemática se han puesto en práctica planes de privatización de la salud y de la protección social. Esto ha abocado a situaciones desastrosas particularmente en el África subsahariana, también en América del Sur. Los estrechos lazos entre el FMI, la OMS y las políticas neoliberales han podido ser puestas en evidencia en numerosos países. Más aún, allí donde gobiernos elegidos democráticamente han querido implementar una protección social universal, se han demostrado regularmente presiones y maniobras de desestabilización.²

Otra política es posible

El proceso negativo descrito no es, en modo alguno, una fatalidad. La sanidad es una opción política tanto en el Sur como en el Norte y si bien el Sur ha sido el conejillo de indias de las medidas de austeridad, se encuentran igualmente ejemplos positivos en la materia. Tailandia, en tan sólo diez años, ha puesto en pie una impresionante reforma sanitaria. El país ha utilizado con éxito todos los medios legales para acabar con el monopolio de las multinacionales, ya sea importando los medicamentos a buen precio o bien produciéndolos, dando prioridad así a la sanidad pública frente a los interés financieros de los gigantes farmacéuticos. En Costa Rica, un país pobre de América Central, que eligió la abolición de su ejército, la situación sanitaria ha mejorado espectacularmente. Con la puesta en marcha progresiva de una seguridad social universal y de un sistema sólido de atención primaria, los más pobres tienen acceso a una atención sanitaria adecuada. Antes de la guerra, el gobierno de Mali, instauró la gratuidad de algunas intervenciones médicas, especialmente para las mujeres embarazadas: de esta forma, de 2005 a 2009, el número de cesáreas se multiplicó por dos y la proporción de partos en una maternidad pasó del 53% al 64%. Otros países africanos, como Benin, Burkina Faso, Níger, Sierra Leona y Senegal han seguido su ejemplo. En Sierra Leona, en un año, la supresión de los gastos médicos para niños y mujeres embarazadas ha hecho que aumente un 214% el acceso de los niños a la atención sanitaria, y reducido la mortalidad materna en un 61%.

²Ver a este respecto las actas de la Conferencia de Anvers, de diciembre de 2013.



En 2006, el 47% de los salvadoreños no tenían acceso a los servicios sanitarios. Desde 2009, el gobierno de El Salvador da prioridad a la sanidad, aumentando el presupuesto del Ministerio de Salud Pública, que ha pasado del 1,7% al 2,5% del PIB. Desde entonces, la mortalidad infantil se ha reducido y el país ha alcanzado el Objetivo del Milenio en cuanto a la disminución de la mortalidad materna se refiere.

Durante la primera década de este siglo, también Venezuela aumentó el presupuesto social de un 60,6%, lo que supone un total de 772 billones de dólares de los EE.UU. Esta política redujo la desigualdad un 54%, la pobreza disminuyó del 70,8% en 1996 al 21% en 2010 y la pobreza extrema se redujo del 40% en 1996 al 7,3% en 2010. En diez años, a través de la recaudación de impuestos, el gobierno recaudó 251,7 billones de dólares, que decidió redistribuir. La seguridad social cubría al doble de ciudadanos que en los 15 años anteriores y, sin embargo, la deuda pública pasó del 20,7% al 14,3% del PIB y el crecimiento económico se ha mantenido en el 4,3% anual aproximadamente.

Estudios comparativos realizados sobre Argentina, Cuba, Indonesia, Perú y Rusia muestran que, incluso en tiempos de crisis, el rechazo a la mercantilización y comercialización de los servicios sanitarios permite preservar e incluso mejorar la salud de la población. Estos países perdieron a mediados de los años 90 entre el 14 y el 42% de su PIB. En estas circunstancias, sólo la opción política de reforzar el sistema sanitario sin ánimo de lucro, haciendo hincapié en la atención primaria, podía evitar la caída de los indicadores básicos de la salud, como son la mortalidad infantil y la esperanza de vida.

J. Akazili & C. Soulary, « Un défi pour les pays du Sud », (Un reto para los países del Sur) *Le Monde diplomatique*, enero de 2014, <http://www.monde-diplomatique.fr/2014/01/AKAZILI/50021>

Amanda Bloom, *Universal Health Care in El Salvador (Asistencia sanitaria para todos en El Salvador)*, *Global Health Check*, 2013 : <http://www.globalhealthcheck.org/?p=1318>

The Achievements of Hugo Chavez. An Update on the Social Determinants of Health in Venezuela, *Counterpunch*, 2012 : <http://www.counterpunch.org/2012/12/14/the-achievements-of-hugo-chavez/>

De Vos, Pol, Anai García-Fariñas, Adolfo Álvarez-Pérez, Armando Rodríguez-Salvá, Mariano Bonet-Gorbea y Patrick Van Der Stuyft. 2012. "Public Health Services, an Essential Determinant of Health During Crisis: Lessons from Cuba, 1989-2000." *Tropical Medicine & International Health* 17 (4): 469–479.

Los países de la Europa del Este en busca de un modelo

Con el desmantelamiento de la URSS y del modelo soviético, se ha asistido a la desestructuración de los sistemas de salud en el Este de Europa en nombre de "menos Estado". Las drásticas restricciones de financiación de las cuales son víctimas no sólo los sistemas de salud, sino también dispositivos de protección social (pensiones, desempleo, etc.), han amenazado con un importante deterioro del estado de salud de la población. La entrada de la UE en estos países, con la aparición

de la competencia en una economía de mercado europea, ha entrañado una masiva exclusión de la población de los sistemas de protección social. El Estado no ha asegurado más que una "red de seguridad" minimalista, el valor de los ingresos está disminuyendo de acuerdo al coste de la vida y en base a estándares europeos.

La ausencia de una población solvente (clase media), probablemente explica porqué, desde hace varios años, la oferta privada, completamente inexistente en 1990, sigue siendo poco importante en comparación con la oferta pública.

Actualmente, la República Checa es sin duda el país europeo donde el sector hospitalario privado se ha desarrollado más rápidamente. Poseía cerca del 30% de las camas en 2006, mientras que era inexistente antes de 1990. Esta progresión ha sido en su mayor parte posible gracias a la privatización voluntaria de infraestructuras hospitalarias estatales, permitidas por la Ley de la Reforma de la Administración del 1º de enero de 2003. Hoy, todos los países de la Europa central y del Este están afectados por políticas concertadas de privatización y comercialización.

Inversión pública insuficiente y globalización financiera

El principio de los años 90 marcó una reorientación de las políticas públicas en numerosos países de Europa dirigiéndose hacia una reducción de los medios públicos, con una disminución paralela de impuestos o de las cotizaciones a la Seguridad Social.

Ese ha sido el punto de partida de una disminución de la inversión, de una oferta de cuidados insuficiente y de un deterioro de la calidad. Alemania, Holanda y Suiza reformaron en esa época su sistema de seguro de enfermedad introduciendo la competencia de precios y la "libre elección" de aseguradora.

Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población ha acrecentado notablemente las necesidades, sin que este crecimiento haya encontrado una respuesta suficiente a nivel de servicios públicos.

En materia de accesibilidad, las consecuencias negativas son enormes. A nivel geográfico: supresión de instituciones de proximidad y fusiones lejos de los usuarios. A nivel financiero, la participación económica de los pacientes aumenta de forma significativa: allí donde la gratuidad de los cuidados estaba conseguida, se ve comprometida por la introducción del "ticket moderador", pagado en parte por el beneficiario. Al mismo tiempo, la insuficiente oferta pública se traduce en un aumento de las listas de espera, que favorece en ocasiones la corrupción.

Las inversiones a largo plazo como son la educación, la prevención, y la acción sobre los determinantes de salud han sido las primeras en pagar el precio de estas políticas.

Es en este contexto donde todos los países de Europa han modificado la gestión y el funcionamiento de sus hospitales hacia una industrialización de los procesos de cuidados. La introducción del pago por actividad ha permitido financiar el hospital en función del número de actuaciones profesionales y de consultas. La perversión de este sistema hace que, al final, los pacientes con enfermedades no rentables tengan cada vez mayores dificultades para ser correctamente atendidos.

En los países donde existe, la población "solvente" (clase media y alta) reclama cuidados de alta calidad, si fuera necesario a precio de coste, no contentándose ya con los cuidados prodigados por el servicio público. Es así como se ha desarrollado, en un primer momento, una oferta sanitaria privada sin el beneficio de las prestaciones de la cobertura social.

En algunos países, las empresas del sector sanitario han logrado incluso la posibilidad de acceder a la financiación pública. La financiación de la actividad asistencial, basada en el coste por



enfermedad, ha engendrado una selección de enfermedades más rentables, y la especialización de grupos comerciales y de multinacionales de la salud en torno a las patologías más lucrativas, dejando a los proveedores públicos las patologías y los pacientes menos “rentables”.

A partir de Maastricht: ¡Europa responsable de la Salud!

Desde el Tratado de Maastricht, los principios de la libre competencia y libre establecimiento son las bases de la construcción europea.

Cuando Europa niega disponer de competencia en materia de salud³, y cuando afirma que el Tratado de Lisboa no impone la privatización y la mercantilización de la salud, tiene en parte razón, de forma teórica. Pero el hecho es que Europa ejerce una gran influencia en el marco en el cual los Estados pueden implementar las políticas de protección social y de salud. La Corte de Justicia, a falta de un marco protector suficiente, toma como base de sus resoluciones estos dos principios fundacionales: ¿Con qué derecho un Estado impediría a un proveedor de servicios instalarse en su territorio?. ¿Cómo se puede justificar un trato diferente para proveedores que ofrecen las mismas prestaciones?.

Tras la liberalización de los servicios en 2006 (Directiva Blokenstein), Europa ha tratado de definir los Servicios de Interés General que podían ser excluidos de los principios de libre competencia y establecimiento: se hablaba aquí de servicios de interés general no económicos, excluyendo explícitamente los cuidados de la salud, ciertos servicios sociales, el cuidado de los niños, el apoyo a las familias, etc. Sin embargo, esta lista dejaba a numerosas actividades en una incertidumbre jurídica.

Aprovechando este marco, las empresas con ánimo de lucro consideraron los subsidios como “ayudas de Estado”, distorsionando así la libre competencia.

Han presentado demandas a los Estados exigiendo una mayor parte del mercado.

Sueñan con apropiarse de esta especie de maná financiero que constituye la protección social y los

servicios de salud que recaen aún de forma mayoritaria en el Estado o en formas socializadas en el seno de regímenes de seguridad social.



³Esta fue la respuesta dada durante el encuentro entre la Red Europea y los Comisarios europeos el 14 de marzo de 2013.

Las normas sociales protectoras, los convenios colectivos, los estatutos de funcionarios, el derecho al trabajo, el salario mínimo, han sido denunciados como verdaderos grilletes para el libre establecimiento.

Han exigido incluso la aplicación de los tratados europeos, queriendo “suprimir toda traba al mercado libre” y “la relajación de las directrices sobre el mercado público” preparando así “el gran mercado integrado transatlántico” en el que las multinacionales serán liberadas de cualquier traba a la competencia.

Por una parte están los Estados, que han definido las modalidades de la construcción europea, y por otra está la Comisión que diseña los múltiples programas de salud, programa de acción 2007-2013, que incluye un Libro Blanco de la Comisión Europea, y también el “nuevo programa 2014-2020 para luchar contra las desigualdades y promover las innovaciones en materia de salud”.

Este Libro Blanco define un cuadro estratégico para la actuación de la UE en el terreno de la salud a lo largo de los próximos años. La aproximación estratégica para la UE 2008-2013 “Juntos por la Salud”, pretende proporcionar un marco general basado en principios estratégicos de mejora de la salud en el seno de la UE. Los pueblos de Grecia, España, Portugal, Polonia o Lituania conocen estas recetas⁴.

El Libro Blanco precisa: la globalización implica que los problemas así como las soluciones en materias de salud sobrepasan las fronteras y son a menudo causa y consecuencia intersectoriales”, o también “un cuadro comunitario preciso contribuirá igualmente a favorecer el dinamismo y viabilidad de los sistemas de salud, proporcionando aspectos precisos sobre la aplicación del derecho comunitario a los servicios de salud, y aportando a los Estados miembros una ayuda en los aspectos en los que las economías a escala resultantes de una actuación coordinada, puedan constituir un valor añadido para los sistemas de salud nacionales”.

El comisario europeo Lazlo Andor ha propuesto en febrero de 2013 resolver el problema de los servicios sociales creando las “Obligaciones de impacto social”: un sistema por el cual un fondo privado invierte en un proyecto social. Y si se alcanzan ciertos resultados, el Estado paga un montante sobre la inversión al fondo privado. Según la Comisión, este mecanismo **“favorece la participación de capitales privados en la financiación de programas sociales a cambio de ventajas financieras** obtenidas desde el sector público, si el programa se concluye”.

Las Obligaciones de Impacto Social permiten así a algunos actores financieros acaparar el dinero que debería servir para responder a las necesidades de la población bajo el impulso de la Comisión Europea.

La libre elección fracasó y los pacientes, con el pretexto de compartir responsabilidades, sufrieron un verdadero impuesto por enfermar para mayor beneficio de las multinacionales.

Europa no se ha detenido en el buen camino.

Según el Pacto por el Euro Plus, “la viabilidad de las pensiones, de los cuidados de salud y de las prestaciones sociales” está ligada “al nivel de endeudamiento”.

Más aún, el pacto presupuestario o Tratado sobre la Estabilidad, la Coordinación y la Gobernanza (o TSCG) exige la devolución en 20 años del 0,5% de los déficits públicos así como un 60% de la deuda sobre el PIB. En nombre de la “competitividad” y del descenso del coste del trabajo, la UE tiene la intención de reducir los costes de gasto sanitario y de protección social.

⁴ <http://www.eu2013.lt/en/news/unions-program-to-reduce-health-inequalities-promote-innovation-in-health->



La Unión Europea interviene de esta manera en las políticas de salud de los Estados. Esta intervención se convierte en injerencia directa como en el caso de Grecia, en el que la Troika (Banco Central Europeo, FMI y Unión Europea) ha exigido que el gasto sanitario no sobrepase el 6% del PIB, o el caso de Portugal con 670 millones de euros de ahorro en el sistema nacional de salud, y todo ello a pesar de que se considera la salud como una cuestión interna de los gobiernos.

De este modo la multinacional Fresenius se convirtió en un primer tiempo en líder indiscutible del mercado de la diálisis en el seno de Fresenius Medicare y a continuación en el líder europeo de los Hospitales Comerciales a través de su filial Helios. Del mismo modo, en Francia, las clínicas privadas comerciales se ocupan del 70% de los 50 grupos de enfermedades menos graves y los 50 grupos de actas más graves (trasplantes, intervenciones cardiotorácicas, leucemias agudas, etc.) están a cargo de la asistencia pública al 70%.

En los Países Bajos, la Inspección de Sanidad transmitió conclusiones muy críticas sobre la calidad de la atención sanitaria en las clínicas privadas.

En España, el índice de desempleo alcanzó el triste récord del 25,1% en agosto de 2012. Más de uno de cada dos jóvenes está desempleado y con pocas posibilidades de encontrar un trabajo.

3. Crisis, austeridad y salud

¡La pobreza perjudica gravemente la salud!

Una de las consecuencias principales de la crisis es el aumento del paro, la pobreza y la precariedad, con el gran impacto consecuentemente en el estado de salud de la población.

Según la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), de 2008 a 2012 el ingreso disponible de los hogares griegos disminuyó: el crecimiento anual fue de -2.3% en 2008, de -0.4% en 2009, de -11.4% e 2010, de -10.7% en 2011, y de -10.8% en 2012⁵.

La Unión Europea tiene actualmente 26,5 millones de desempleados (marzo de 2013), de los cuales 19,2 millones en la zona euro. Esto significa el 10,9% de la población activa (12,1% de la zona euro). Esta evolución es extremadamente preocupante, ya que se acompaña de un aumento de la brecha, en lo que a desempleo se refiere, entre el sur y la periferia de la UE por un lado, y el norte de la Zona Euro por otro. Esta brecha entre las dos zonas ha alcanzado los 10 puntos porcentuales en 2012, un nivel sin precedentes.⁶

⁵ Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud, 2013.

⁶ Fuente: Cuentas-Protección-Social-2011, DREES 2013.

Por otro lado, en la Unión Europea hay 124,5 millones de pobres, es decir ¡un cuarto de la población!. En 2012, un 24,8% de la población –unas 124.5 millones de personas⁷- se encontraban amenazadas de pobreza o exclusión social frente a un 24,3% en 2011 y un 23,7% en 2008.

Las políticas de austeridad deterioran la salud de la población y los servicios de sanidad pública. La pérdida de empleo, y el temor a perderlo tienen efectos destructores en la salud mental de los afectados.

Investigaciones realizadas en los distintos países muestran un creciente número de suicidios e intentos de suicidio. Desde 2007, en la Unión Europea, han aumentado éstos en personas menores de 65 años. En los países miembros que se ingresaron en la UE a partir de 2004, los suicidios alcanzaron su punto máximo en 2009, cifra que se mantuvo en 2010. Entre los que entraron antes de 2004, el aumento tuvo lugar en 2010. En Inglaterra, el aumento de los suicidios entre 2008 y 2010 se asoció significativamente con un mayor desempleo y dio lugar a unas 1.000 muertes más.

Del mismo modo, la intensificación y precariedad laboral tiene efectos graves para la salud de los trabajadores. El sufrimiento en el trabajo se está generalizando y conduce, en los casos más graves, a suicidio o intentos de suicidio. La exposición a situaciones peligrosas de los trabajadores de prestaciones de servicios, a hecho que aumenten los trastornos musculoesqueléticos y accidentes de trabajo.

La disminución de ingresos y el aumento del número de personas que viven por debajo del umbral de pobreza, afecta en gran medida a los factores determinantes de la salud (mala alimentación, malas condiciones de vivienda, etc.), así como al acceso a la atención sanitaria (accesibilidad económica, desplazamientos, etc.).

La austeridad perjudica gravemente la atención sanitaria

Dexia, banco a través del cual llegó el escándalo de préstamos estructurados que provocaron la deuda de numerosos hospitales y comunidades locales en Europa, lo sabe mejor que cualquiera:

«En todas partes, las reformas hospitalarias persiguen la racionalización de las prestaciones de atención sanitaria mediante tres modalidades principales: descentralización de las competencias hospitalarias, modificación del modo de financiación de los hospitales y recomposición de la oferta hospitalaria. Sin embargo, las formas de intervención son muy diferentes porque hay tantas modalidades hospitalarias como países.»⁸

Por otro parte, las colaboraciones público privadas, implementadas en el mundo desde 1995 bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha generalizado en Europa, por el control fiscal y la prohibición expresa de aumento del déficit público.

Las políticas de austeridad promovidas por la Unión Europea y ejecutadas por los gobiernos han dado lugar a una reducción masiva de financiación pública y solidaria de los sistemas sanitarios y de protección social. A este respecto, la OCDE considera que:

«La caída del gasto en sanidad en todos los países de Europa se explica principalmente por el desmoronamiento del crecimiento del gasto público desde el año 2009 -crecimiento próximo a cero en 2010 y 2011. Los gastos de la sanidad privada han disminuido igualmente en muchos países entre 2010 y 2011, mientras que los ingresos de los hogares se estancaban o reducían, aunque esta bajada ha sido más limitada.»

⁷Comunicado Eurostat del 5 de diciembre de 2013.

⁸Publicación Dexia / Hope, noviembre de 2009.



En Grecia, el presupuesto total para la sanidad se redujo un 11% en 2010 y también en el 2011, tras un periodo entre 2000 y 2009 con una tasa media de crecimiento anual de más del 5%. Estas reducciones se debieron principalmente a severos recortes en el gasto público. En España un 10,6% entre 2010 y 2013, Islandia e Irlanda sufrieron igualmente dos años consecutivos de crecimiento negativo en el gasto para la sanidad. Algunos países, como Estonia y la República Checa vieron drásticamente reducido su presupuesto en 2010, aunque seguido por una modesta recuperación en 2011. Otros países, como Italia y Portugal, pospusieron los recortes presupuestarios en 2010, pero luego disminuyó el gasto público para sanidad en 2011. En Portugal, el gasto público se redujo un 8% en 2011 tras haber permanecido estable entre 2009 y 2010.⁹

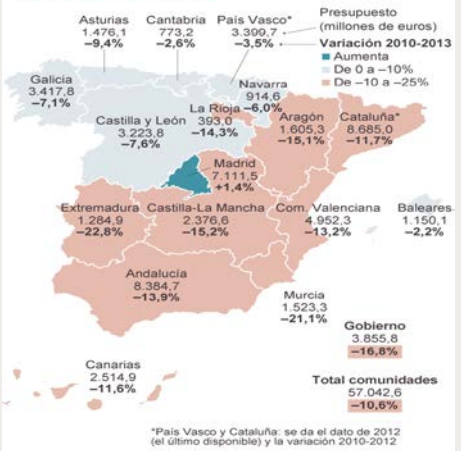
En el Reino Unido, el gobierno permitió a la empresa privada introducirse en la asistencia sanitaria mediante la aplicación gradual de una serie de profundos cambios legales que permitan el ingreso de capitales, justificando esos cambios por los recortes presupuestarios. En 2012, la Ley de Salud y Bienestar Social fijó para abril de 2013 el final del famoso Servicio Nacional de Salud británico allanando el camino para un sistema de financiación mixta y atención sanitaria centrada en el negocio.

En Portugal, la cifra oficial de paro ha alcanzado el 15%, aunque la realidad es peor. Las medidas de la Troika han dado lugar a la caída de los salarios, pensiones y prestaciones por desempleo, así como a un aumento general de los impuestos. Se han privatizado partes importantes del sector público. La Sanidad Nacional corre peligro. La parte de los gastos médicos a cargo de los pacientes ha aumentado de manera espectacular, implicando la disminución de 900.000 consultas de asistencia primaria.

En Italia, durante las décadas 80 y 90, durante el periodo de reformas de la sanidad a nivel mundial, se introdujeron ya medidas que favorecían la competencia y los hospitales se convirtieron en "negocios privados de asistencia sanitaria" con el propósito manifiesto de introducir prácticas comerciales en las organizaciones sanitarias. Hoy en día, los recortes presupuestarios (más de 20 billones de euros desde 2010) afectan fuertemente al sector, lo que lleva a un aumento de la cuota a cargo del paciente, y a una disminución del acceso a la atención en particular de los grupos socioeconómicos vulnerables. En una encuesta reciente, el 21% de los hogares declaró una disminución en los gastos relacionados con la salud, el 10% tuvo que posponer tratamientos quirúrgicos por razones económicas, el 26% informó de un aumento de los gastos en las urgencias debido al aumento de copagos. Combinado con los efectos de la propia crisis, las actuales políticas presupuestarias podrían empeorar aún más los indicadores de salud y aumentar así las desigualdades en el acceso a la atención y el bienestar de la población.

⁹ Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la sanidad, 2013

GASTO SANITARIO EN 2013



Comunidades Autónomas, Ministerio de Hacienda y elaboración propia:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/16/actualidad/1361029181_888112.html

Dado el escaso aumento del presupuesto para la sanidad en los países de la OCDE en 2010 y 2011, el porcentaje del PIB dedicado a la salud ha disminuido ligeramente en la mayoría de ellos. El gasto en salud representó el 9,3% del PIB en promedio en la OCDE en 2011, frente al 9,5% en 2010. Si se excluyen los gastos de inversión, el gasto corriente en salud como porcentaje del PIB aumentó un 9,1% en promedio en 2010 y un 9,0% en 2011.¹⁰

Cataluña: en 2010, 50.705 pacientes estaban en lista de espera para una intervención quirúrgica. Actualmente son 89.000 (en 2011 eran 80.540). Los pacientes ingresados por "urgencias" pasaron del 64,9% al 67% en 2011. En Lituania los tiempos de espera en atención especializada y las operaciones programables se han disparado recientemente¹

Los datos¹¹ sobre la mortalidad de los recién nacidos indicados por la Autoridad Estadística Helénica (ELSTAT): tras 42 años de disminución constante de la mortalidad neonatal (16.03/1000 en 1966 contra 3.31/1000 en 2008), 2009 y 2010 registraron un pico de 4.36/1000, que corresponde a un aumento del 32% entre 2008 y 2010.

En Francia, una persona de cada cuatro ha renunciado a la atención sanitaria por razones económicas. En Grecia el 40% de la población carece de protección social (desempleados de más de un año, trabajadores independientes que ya no pueden permitirse el lujo de pagar su seguridad social, pequeños empresarios en quiebra, trabajadores no declarados, inmigrantes irregulares, etc.).

En España la accesibilidad geográfica: consecuencia de los recortes, y el número de trabajadores disminuyeron. Tras el Decreto del gobierno del 16 de abril de 2012, que sustituyó el Sistema Universal de Sanidad Pública por otro de Aseguramiento, el transporte 'no urgente' corre el peligro de convertirse en un transporte de pago.

¹⁰ Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la sanidad, 2013

¹¹ BONOVAS S & NIKOLOPOULOS G (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. J Prev Med Hyg, 53, 169-71



Por otra parte, el hecho de posponer la atención sanitaria por falta de medios económicos lleva a un empeoramiento de los problemas de salud con consecuencias a veces dramáticas e irreversibles para los enfermos, además de ocasionar costes suplementarios para ser atendido por el sistema sanitario. En Polonia, las operaciones de cadera tienen un tiempo de espera hasta 2020.

En España, entre 2009 y 2013, se ha reducido a la mitad el presupuesto del Plan Nacional Drogas, pasando de 28,30 millones de euros a 14,8 millones de euros.

La saturación de los servicios de urgencia es una consecuencia de la dificultad de acceder a una atención primaria gratuita. Además, el abandono de las políticas de prevención han llevado al resurgimiento y aumento de enfermedades infecciosas (tuberculosis, VIH, malaria ...).

En España el Real Decreto Ley 16/2012 introdujo el copago en medicamentos: un 10% a los pensionistas que antes no pagaban, y para los trabajadores que antes pagaban un 40 al 60%.

Los hospitales públicos, que permiten el acceso a la atención sanitaria para todos, son víctimas igualmente de las políticas de austeridad. Sus dotaciones disminuyen, y teniendo que competir con el sector privado, tienen que someterse a las mismas reglas de rentabilidad y productividad. El cierre de servicios hospitalarios, la reducción del número de camas así como la reagrupación de servicios y reestructuraciones han dado lugar a un alejamiento geográfico de los centros de atención sanitaria, y al aumento del tiempo de espera para consultar y ser atendidos.

En Lituania, por ejemplo, la distribución geográfica de la atención especializada es muy desigual, lo que hace que sea prácticamente inaccesible en algunas áreas provinciales.

4. La austeridad fortalece la financiación privada de los sistemas de sanidad

Durante la crisis, y en los muchos países en que las medidas de austeridad han afectado el gasto social, la parte que no está a cargo de la seguridad social se ha incrementado dramáticamente. Estas políticas de austeridad cargan pues la financiación de la asistencia sanitaria sobre los usuarios, ya sea mediante seguros complementarios o bien mediante una contribución individual (copago en España y Portugal). Esto se traduce, para un número cada vez mayor de la población, en la dificultad o imposibilidad de acceder a la atención sanitaria. Los primeros en verse afectados son los más vulnerables socialmente (desempleados, emigrantes en situación irregular, familias monoparentales, etc.). En algunos países, la participación personal a cargo de los usuarios ha aumentado más del doble.

En 2012, la financiación privada aumentó en España al 25%.

En los Países Bajos, las nuevas leyes de salud implementan una financiación complementaria privada que cubren paquetes de asistencia. Las aseguradoras seleccionan los riesgos y, por tanto, las primas son muy bajas para los jóvenes, pero muy altas para los mayores o enfermos. Existe el riesgo de favorecer la atención sanitaria que sea más rentable y para los

pacientes más ricos. Los que no pueden pagar tendrán que esperar más tiempo, y corren el riesgo de recibir una atención de peor calidad.

Obviamente, los fondos de inversión y otros “holdings” han comprendido la debilidad del sistema cuando falta la inversión pública. La selección de riesgos en un dispositivo de seguros permite a los inversores privados acaparar un mercado rentable en un sistema en decadencia: el seguro de salud complementario. Cuanto mayor es la parte no cubierta, más numerosa será la población susceptible de contratar seguros complementarios. Las primas, sin embargo, se adaptan al riesgo individual, lo que garantiza la rentabilidad del sistema.

En España, de 550 hospitales de agudos, 314 son públicos y 236 privados

En Lituania, los hospitales privados firman contratos con los fondos y compañías de seguros sanitarios.

Un sistema de estas características alcanza hasta el absurdo su máximo exponente en los EE.UU., ya que ahora son las compañías de seguros quienes manejan los hospitales, basándose incluso en el mismo principio de selección de riesgos.

En Europa, algunas mutuas han tratado de compensar a través de un seguro complementario de solidaridad (sin selección). En contrapartida, otros países, no han podido resistir y son partícipes en el debilitamiento de la cobertura universal.

Un mercado lucrativo

Actualmente, en Bélgica, 140.000 personas mayores viven en residencias de ancianos. Las residencias privadas aumentaron del 45% al 57% entre 2009 y 2010.

«La demanda aumenta y las residencias de ancianos crecen como los champiñones pues los inversores han visto que es un gran negocio. En Wallonie, de las residencias de ancianos públicas o con fines no lucrativos (que representan un 25% del mercado) la mitad están ya en manos de grupos privados, y es una cifra en constante aumento.

Para los inversores, alquilar habitaciones en residencias de ancianos es mucho más seguro que alquilar despachos. El contrato de arrendamiento tiene una duración de 27 años y la reserva de inquilinos parece inagotable. Stefaan Gielens, Director Gerente de la Sicafi Aedifica, confirma que el potencial de inversión inmobiliaria en este sector es enorme. Afirma que «un despacho de consultoría ha estimado que en los próximos 40 años se necesitarán 180.000 camas, lo que representa una inversión de unos 15 billones de euros». Además, estas inversiones se rentabilizan rápidamente pues las habitaciones se alquilan a un precio de 40 euros por día.» (RTBF.be 8/8/2011)

Uno de los principales desafíos del próximo siglo es la acogida de personas mayores dependientes. Hoy en Bélgica, 133.000 personas viven en residencias de ancianos y se estima que serán necesarias 5000 plazas más para el año 2014. Esto es el resultado de una esperanza de vida más larga. El demógrafo Claude-Michel Loriaux explica: “es de esperar que, en las próximas décadas, el porcentaje de personas muy mayores (más de 80 años), se vea multiplicado por tres, cuatro o incluso cinco”.

El personal sanitario paga la crisis

Grecia, Irlanda, Italia, España y Portugal han disminuido de forma importante el gasto en sanidad. Puesto que el coste de la mano de obra es, en promedio, aproximadamente el 70% del gasto total, varios países han impuesto recortes salariales del personal sanitario (15% en Grecia, 10% en la República Checa, de 5% a 10% en Irlanda, 5% en España). En el mismo sentido, los países más



afectados por la crisis han reducido el número de empleados de este sector. En España, por ejemplo, el sector de la sanidad pública, tan sólo reemplaza una persona de cada 10 que se jubila. En Polonia, los contratos salariales de muchas enfermeras han sido reemplazados por "contratos basura" como auto empresarios. Para conseguir un salario decente, se ven obligadas a acumular varios contratos, y por tanto mucho más de 48 horas por semana. La marcha al extranjero de enfermeras jóvenes hace que la edad media de las enfermeras ¡sea de más de 45 años!

En cualquier caso, el cambio a proveedores privados aumenta la presión en el trabajo. Los pagos por incentivo o por patología convierte la parte variable del salario en un ajuste privilegiado, lo que conlleva a una disminución de los salarios, o a una disminución de los puestos de trabajo, o bien a ambos.

Las residencias para mayores son privadas en un 90% en Navarra.

Mujeres y salud

Cada vez un mayor número de analistas reconocen que las mujeres son doblemente víctimas de la crisis y de las medidas de austeridad.

Para «...los ciudadanos no griegos de la Unión Europea y de otros países ...», es decir inmigrantes y refugiados sin papeles así como mujeres sin seguridad social, los gastos de parto y asistencia sanitaria son dobles (1200€ por un parto normal y 2400 por una cesárea).

En Grecia, el abandono de las políticas de sanidad pública y el empobrecimiento de grandes sectores de la población (deterioro de las condiciones de habitabilidad e higiene individual y colectiva) tienen ya como consecuencia la reaparición de infecciones que habían desaparecido como la malaria, un alza vertiginosa de la tuberculosis y un aumento de seropositivos del 200%.

En este contexto, las mujeres griegas resultan aún más afectadas principalmente por la supresión de políticas preventivas y la inaccesibilidad a la atención sanitaria. ¡Tampoco la salud reproductiva de las mujeres ha resistido a la crisis!

Logros como la atención sanitaria al embarazo y al parto, una educación sexual encaminada al aprendizaje de relaciones sexuales basadas en la igualdad, el disfrute y la libertad -sin violencia masculina, la capacidad de elegir libremente el tener o no hijos y en qué condiciones, es ahora un recuerdo lejano; del mismo modo que el libre acceso al parto y al aborto gratuitos y de calidad, así como los servicios de planificación familiar y la contracepción pertenecen ya a la esfera de los sueños ... El derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y elegir la maternidad se ve amenazado constantemente, no por la prohibición del derecho al aborto, como se prevé en España, sino debido al empobrecimiento de las mujeres y a la comercialización de bienes y servicios.

Además, se han adoptado y aplicado medidas como la derogación de los convenios colectivos, la reducción o la supresión de una serie de ayudas previstas en los convenios colectivos para facilitar la vida de las mujeres y la educación de los niños. Se cita como ejemplo la abolición de los subsidios de matrimonio, guardería, cuidado de niños, campamentos de verano, el parto y exámenes prenatales y la reducción del 22% de la asignación para el cuidado de niños durante los primeros seis meses, lo que equivalía al salario mínimo. La maternidad se convierte en un problema importante. ¡El derecho a una maternidad libre se convierte así en un lujo reservado únicamente a los ricos!

Es por ello que asistimos a un aumento del número de abortos y de su coste (350€ en los hospitales públicos), lo que provoca que un número significativo de mujeres no se dirija a los hospitales, con los riesgos importantes que esto comporta para su salud. Igualmente aumenta el abandono de los hijos debido a la pobreza de los padres.

Por primera vez desde la Segunda Guerra Mundial, ha habido un aumento de la mortalidad perinatal. ¡La regresión de la vacunación, casi inexistente para los niños pobres es, sin duda, una verdadera bomba de relojería para la sanidad!

En lo que se refiere a los partos, el coste para las mujeres se ha hecho insostenible. La situación es aún peor para las mujeres embarazadas sin seguridad social, así como para las mujeres indocumentadas, que deben hacer frente a todos los gastos de exámenes médicos y hospitalización por parto. Para dar a luz, en una maternidad pública, hay que contar con 600€ para un parto normal y con 1200€ por una cesárea. A lo que hay que añadir las visitas médicas durante el embarazo y los exámenes prenatales. Razón por la cual muchas mujeres llegan a la maternidad ¡sin haber tenido ningún reconocimiento médico previo!

El resultado es que muchas de ellas huyen del hospital con el recién nacido por la noche, para no pagar estas cantidades. Las administraciones hospitalarias amenazan en esos casos con no emitir un certificado de nacimiento o no hacerlo hasta que el hospital haya cobrado.

De este modo nos encontramos con niños endeudados desde el primer día de sus vidas, niños fantasmas, no declarados, que han nacido y sin embargo no existen.

«Es cada vez más frecuente que el trabajo de la mujer sea a tiempo parcial o bajo forma de contratos a corto plazo y con bajos salarios. En sectores como la educación y la sanidad, tradicionalmente ocupados por mujeres, en el Reino Unido e Italia, por ejemplo, el sueldo se ha reducido al igual que las horas de trabajo y los beneficios laborales.»¹² El concepto de «trabajador pobre», es especialmente adecuado para las mujeres obligadas a aceptar puestos de trabajo que no les dan suficientes ingresos para vivir. En su gran mayoría las familias monoparentales que están a cargo de mujeres.

Por otro lado «Un análisis social y económico presagia que las mujeres en Europa asumirán cada vez más responsabilidades no remuneradas, incluyendo el cuidado de los niños, el trabajo doméstico, el trabajo comunitario y el cuidado de las personas mayores, en la medida en que su número aumenta y las prestaciones de atención sanitaria destinadas a ellos son a menudo inaccesibles y muy caras. Las clases medias europeas están acostumbradas a emplear mujeres emigrantes a quienes transfieren estas responsabilidades y tareas de cuidado. Sin embargo, cuando la economía formal se reduce, esto podría cambiar, porque si las mujeres activas pierden sus puestos de trabajo y regresan a sus responsabilidades domésticas no remuneradas, podrán decidir que ya no es necesario o simplemente no es asequible emplear a alguien. Según un importante diario italiano, las mujeres italianas aceptan cada vez más a menudo trabajo de servicio doméstico y de limpieza no contractual, hasta ahora reservado a trabajadoras y trabajadores emigrantes.»¹³

Hoy en día y de forma masiva se puede comprobar en diversos países de Europa un retorno a quedarse en casa para asegurar "los cuidados", actividades que antiguamente se realizaban en el seno de la unidad familiar y que, tras la guerra, se había conseguido profesionalizar como son el cuidado de los niños y de las personas mayores o discapacitados.

¹² L'impact de la crise financière sur les femmes d'Europe de l'Ouest. Windy Harcourt ; AWID

¹³Corriere della Sera, 9 mai 2009!



Además, los programas de salud encaminados a controlar la maternidad se encuentran entre las primeras víctimas de los recortes presupuestarios, lo que excluye una proporción significativa de mujeres jóvenes.

Austeridad, salud e inmigración

En muchos países, los recortes presupuestarios en los sistemas de salud se acompañan de la exclusión de la atención sanitaria de los residentes sin protección social. A los inmigrantes, pero especialmente a los refugiados y a los residentes indocumentados se les niega la atención básica. Son las asociaciones humanitarias quienes se hacen cargo. En España, por ejemplo, el Real Decreto Ley 16/2012 excluye de hecho el acceso de los inmigrantes sin permiso de residencia a la atención sanitaria (excepto atención urgente, maternidad y atención pediátrica).

En medio de un aumento del repliegue identitario y de xenofobia, estas poblaciones quedan al margen y su salud se degrada rápidamente y de forma masiva.

5. Conclusión

Por una parte, la crisis tiene un impacto directo en la salud de la población y, por otra, las políticas de austeridad implementadas por los gobiernos para hacerle frente degradan los sistemas sanitarios y de protección social, dando como el resultado una profundización de la crisis sanitaria y social.

Este es el círculo vicioso en el que están encerrados los pueblos de Europa. En conclusión, los perjuicios sociales y de salud que provoca la crisis, aumentan la necesidad de atención sanitaria y de protección social, al mismo tiempo que las políticas de austeridad que deberían resolverlos reducen las posibilidades de acceso a la atención sanitaria.

Un estudio publicado en *The Lancet* así lo confirma «aunque las recesiones suponen riesgos para la salud, la interacción de la austeridad fiscal con la crisis económica y una escasa protección social es lo que, en última instancia, parece agravar las crisis sanitarias y sociales en Europa.»¹⁴

El compromiso de la OMS y de los Estados Miembros tomado en 2009 mediante la Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de «Reducir las desigualdades en materia sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud» ha quedado en pura ilusión.

Comprobamos que la situación ha empeorado considerablemente en Europa. La OMS reconoce los daños, pero los Estados siguen llevando a cabo una política de austeridad que provoca el aumento de las desigualdades sociales y sanitarias: «Para luchar contra estas desigualdades, determinadas por factores sociales, es necesario hacer frente a «las causas de las causas». Entre

¹⁴ Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 27 March 2013.▮

ellas, podemos citar, a escala mundial y nacional, la desigual distribución del poder, de los ingresos o de los bienes y servicios, que dan lugar a la injusticia en las circunstancias visibles e inmediatas de la vida de las personas, como son su acceso a la atención sanitaria, a las escuelas y la educación; sus condiciones de trabajo y de tiempo libre; su vivienda, su entorno social, su ciudad y sus posibilidades de una vida plena y saludable.»¹⁵

¡El gran mercado transatlántico contra los pueblos, la salud y la protección social!

La Organización Mundial del Comercio (OMC), puso sobre la mesa el tema de la mercantilización de los servicios públicos, en septiembre de 1986 en Punta del Este (Uruguay).

En 1994, el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), exige a los Estados crear un ámbito de competencia entre las empresas públicas y privadas. En la práctica, esto se tradujo bien por una reducción de los subsidios a las primeras o por la creación de ayudas especiales a las empresas privadas.

En 1998, el Acuerdo Multilateral sobre Inversiones (AMI), que trataba de otorgar la posibilidad a las multinacionales de condenar a los Estados, dio lugar a una gran movilización internacional. Fue la primera derrota infligida al «todo liberal». Del mismo modo, la lucha contra la «Directiva Bolkestein» ha limitado el alcance de la Directiva del 12 de diciembre de 2006, de los Servicios de Interés General (SIG), que incluía la sanidad y la seguridad social y los servicios de interés económico general, limitando la competencia dentro de los estados.

El 14 de junio pasado, los ministros de comercio de los 27 países de la Unión Europea aprobaron un mandato secreto de negociación de la Comisión Europea. Esto autorizó la negociación de una alianza transatlántica de comercio e inversión (llamada PTCI o TTIP) entre los Estados Unidos y la Unión Europea) con el objetivo de armonizar las reglas del comercio internacional y los aranceles, pero igualmente normas no arancelarias, sobre todo una normalización de las normas medioambientales, sanitarias sociales y de seguridad).

Al contrario de lo que pretenden hacernos creer nuestros líderes, un acuerdo de «libre comercio» no es para eliminar las «barreras estatales, sociales o medioambientales» en los intercambios, sino para decidir cambios políticos radicales en el funcionamiento de los mercados.

Para todo el sector sanitario y de protección social, es muy grande el peligro de la reducción de normas europeas para que coincidan con los estándares de los Estados Unidos, que son una de las áreas de mayor privatización del sistema sanitario, social y de protección social del mundo.

Es evidente que la armonización de las normas sanitarias y de protección social se harán en contra de los sistemas de seguridad social, y en contra de la dimensión universal de los servicios sanitarios. Los Estados Unidos se dan el lujo de tener el sistema sanitario más caro del mundo, al que consagran más del 16% del PIB, pero es al mismo tiempo uno de los peores sistemas de los

CONSULTA POR LA
SANIDAD PÚBLICA

Entre Tod@s
podemos
pararnos



ACERCATE A VOTAR
A TU PLAZA.
HOSPITAL O
CENTRO DE SALUD
MÁS CERCANO

5 AL 10 DE MAYO

ASAMBLEA POPULAR DE TETUAN-19M

¹⁵ 60ème session de l'OMS Europe EUR/RC60/TD.3 Moscou sep 2010!



países de la OCDE, ya que excluye a 50 millones de americanos del acceso a la asistencia sanitaria.

Las discusiones en curso de una nueva directiva europea para la obtención de mercados públicos, y las negociaciones sobre la cooperación transatlántica sobre el comercio y la inversión, sólo conseguirán acelerar la mercantilización y la privatización de los sistemas sanitarios, agravando así estas crisis sanitarias y sociales.

La directiva sobre Mercados públicos y la cooperación transatlántica puede asestar el golpe final al SIG. Con esta directiva se alcanzaría una nueva etapa (complemento de la de 2006) que, en un primer momento, extendería la competencia a escala europea. Con la apertura de las negociaciones de la Alianza Transatlántica (encaminada a construir un espacio de libre mercado entre América del Norte y la Unión Europea), se abre el espacio a la competencia a nivel mundial.

¿Qué quedará entonces de nuestros modelos basados en el servicio a la población, el acceso universal, mediante una financiación solidaria a través de proveedores sin ánimo de lucro, con un control democrático y una gestión participativa, y la búsqueda de calidad y eficiencia dentro de una planificación pública?.¹⁶

!!!Es urgente salvar la sanidad europea! Exijámoslo!!!

Igualdad de acceso a la atención sanitaria, en todas partes y para todas y todos, sin restricciones de ningún tipo. Dicho programa implica suprimir las barreras económicas pues la prestación de asistencia sanitaria universal debe ser independiente de la capacidad de los usuarios para pagarla.

Porque la salud es un bien común de todos y todas, debemos promover y restaurar la financiación pública y colectiva como lo fueron los principales sistemas de protección social al final de la guerra. Toda la población debe tener garantizada la protección y la mejora de la sanidad. Hay que determinar la forma de participación de los asegurados sociales y de los usuarios para construir servicios sanitarios democráticos que sean evaluados en base a su rendimiento, y fundamentados sobre recursos suficientes para lograr este objetivo.

Las políticas de austeridad en Europa son perjudiciales para la salud y agravan la situación de los pueblos. La implementación de un programa europeo en defensa de la sanidad, de acción y protección sociales implica poner fin a los planes de austeridad implementados en toda Europa. La salud y los derechos humanos deben prevalecer sobre las cuestiones económicas y políticas.

Actuar por una financiación solidaria y un acceso universal a la atención sanitaria implica preservar la protección social de las garras de los seguros privados.

Si queremos preservar el bien común que es la sanidad, ni un solo euro de dinero público debe financiar al sector privado sanitario, ya que la salud ¡no es una mercancía!.

¹⁶ Cfr supra p.....

Exigimos el cese inmediato de las negociaciones «Alianza Transatlántica». Las normas sociales y medioambientales deben ser armonizadas por arriba y esforzarse constantemente en mejorar la salud de las poblaciones. Los Estados deben seguir aplicando las normas para los proveedores sanitarios, sobre todo con fines no lucrativos.

La sanidad y la seguridad social deben ser retiradas de las directivas de «mercados públicos». La sanidad y la seguridad social deben protegerse contra cualquier ataque.

Exigimos de los gobiernos europeos, de la Comisión y de los miembros del Parlamento Europeo, que reformulen, implementen y persigan políticas y prácticas que respeten el derecho a la salud, permitiendo a todas y a todos igualdad de acceso a una atención sanitaria de calidad. Para ello es necesario invertir en sanidad pública, atención primaria, protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Para mejorar la atención sanitaria hay que combatir las causas fundamentales, como son los determinantes sociales de la salud. Exigimos la mejora de la salud mediante una base de derechos reales para toda la población, el derecho a un empleo con ingresos dignos, el derecho a la vivienda, el acceso al agua potable y a la energía, la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho a la educación y a la cultura.

Acabar con las desigualdades en salud requiere poner fin a la pobreza, al desempleo, a la inseguridad y a la exclusión de los 125 millones de pobres que existen en Europa, incluyendo las minorías europeas, como son los y las gitanas, los y las inmigrantes que no pertenecen a la Comunidad Europea y que, hoy en día, son víctimas de deplorables condiciones de vida, lo que supone un atentado a la dignidad humana.

Hay que elegir entre las finanzas y la salud. La población europea no es responsable de la deuda soberana. Esta deuda es ilegítima. No es ni la salud ni la protección social lo que hay que reducir, cortar, amputar. Las finanzas deben estar al servicio del bienestar de la población, y no al contrario.