

# Ética y salud pública en tiempos de crisis

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS

*Con la colaboración de:*



**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

# Ética y salud pública en tiempos de crisis

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas  
Ética y salud pública en tiempos de crisis. Nº 32 (2014)  
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona  
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org  
ISBN 978-84-697-0514-8 Depósito Legal: B.14280-2014

Cuadernos de la Fundació **32**  
Víctor Grífols i Lucas

## SUMARIO

Pág.

### **Presentación**

*Andreu Segura y Àngel Puyol* ..... 7

### **Dinámica de trabajo**

*José Miguel Carrasco* ..... 11

### **Las poblaciones particularmente vulnerables a la crisis**

*Ildefonso Hernández Aguado* ..... 13

*Begoña Román* ..... 36

### **Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: ¿realidad o mito?**

*María José Fernández Sanmamed* ..... 51

*Antonio Casado da Rocha* ..... 73

### **Para una utilización moralmente correcta de los servicios sanitarios públicos en tiempos de crisis: el papel de los profesionales y el papel de los usuarios**

*Jaume Puig* ..... 87

*Pablo Simón* ..... 103

**Aportaciones de los profesionales** ..... 127

**Relación de participantes** ..... 166

**Títulos publicados** ..... 168

## PRESENTACIÓN

Cinco años después del inicio de la crisis que seguimos padeciendo no parece que simplemente estemos atravesando un ciclo económico, sino que tal vez nos enfrentamos a una transformación social más profunda, todo un cambio de época; un escenario desconocido que va a requerir una notable capacidad de adaptación si aspiramos a ocuparlo dignamente.

El desarrollo del Estado del bienestar, que en España habíamos empezado a construir mucho más tarde que en el conjunto de la Europa occidental, se ha frenado tanto que bien pudiera tratarse de un punto de inflexión en la tendencia expansionista de los últimos tiempos. La recesión ha comportado un sensible aumento de la desigualdad de la renta, como pone de manifiesto la evolución del índice de Gini, que ha pasado del 0,312 en 2006 al 0,34 en 2011, superando la cifra correspondiente a la Unión Europea (entonces de 27 Estados), que fue del 0,307. En el caso de Cataluña se ha pasado del 0,280 al 0,330, una situación debida en buena parte al dramático crecimiento del paro, que afecta a una cuarta parte de la población activa, con una tasa de paro juvenil del 55 %. El deterioro social implica que un 28 % de la población —y un 32 % de los niños— se encuentren expuestos a un elevado riesgo de exclusión social como consecuencia del grado de pobreza económica que padecen.

Esta situación, que si en los primeros momentos pudo verse en parte neutralizada gracias a los subsidios sociales y el mantenimiento de las pensiones —sin olvidar el papel de la economía sumergida a pesar de las nefastas consecuencias fiscales—, en la actualidad se ve cada vez más amenazada debido a la persistencia de un paro de larga duración (unos 2,3 millones de parados llevan dos años o más sin trabajar) que no es tributario de la prestación por desempleo, de modo que ya son más de 700.000 los hogares españoles que carecen de ingreso alguno.

Estas consecuencias muestran una magnitud y son de una gravedad tal que justifican sobradamente las reacciones de indignación de algunos sectores de la población. Y la situación, al menos en el nivel de la microeconomía, no solo no experimenta mejoras sino que incluso empeora debido a las políticas de recortes impuestas por parte de la *troika* europea. Sin embargo, la inver-

sión pública a la que se apela, al modo del *new deal* de Roosevelt o de las recomendaciones keynesianas, no parece estar en las manos de nuestros gobiernos, que deben pagar del orden de cien millones de euros diarios correspondientes a los intereses de la deuda.

Se observa la retracción de las políticas públicas, también de las que corresponden a las políticas sociales, básicamente por la escasez de fondos económicos, una decisión gubernamental que, si bien en inglés puede denominarse apropiadamente austeridad, en las lenguas romances es mejor llamar recortes, puesto que austeridad tiene un significado menos negativo: prescindir de lo superfluo. Y no es una cuestión simplemente retórica, ya que tal vez algunas de las causas de esta crisis monumental tengan que ver con la especulación y el consumismo y, desde luego, afrontarla requiere algunas dosis de austeridad en el sentido más genuino, que no significa prescindir de lo necesario sino de lo superfluo: establecer prioridades racionales para no cortar por lo sano.

En este contexto es del mayor interés identificar las poblaciones más vulnerables a los problemas de salud; vulnerabilidad muy sensible al tipo de políticas públicas que se llevan a cabo, como nos han mostrado las disparas consecuencias que algunas crisis económicas recientes han supuesto para la población. Destacan los casos de Rusia y Finlandia, con un espectacular incremento del paro, que en el primer caso llevó a una notable reducción de la esperanza de vida mientras que en el otro más bien comportó mejoras en la salud de la población. También es digna de consideración la reducción de la mortalidad cardiovascular y por diabetes experimentada por la población cubana durante el llamado «período especial», en el que el adulto cubano promedio adelgazó unos 5 kg por la carencia de alimentos y de combustible para el transporte, lo que suponía trasladarse a pie o en bicicleta. Por ello, conviene tener en cuenta el peso relativo de cada una de las políticas que influyen sobre la salud, la sanitaria, pero también la educativa, de vivienda, de servicios sociales, etcétera. De ahí la conveniencia de complementar una perspectiva desde la salud pública, más interesada en la susceptibilidad a los efectos sobre la salud y la supervivencia, con la visión desde el punto de vista de la ética. Este planteamiento ha ocupado la primera sesión de la jornada.

Hay que distinguir entre las consecuencias a corto plazo, mucho más aparentes, de las que potencialmente puedan aparecer a medio y largo plazo. Incluso es posible que no hayamos sido capaces de detectar algunas de las reacciones más inmediatas debido a las limitaciones de los sistemas de vigilancia y monitorización. Llama la atención que las encuestas de salud en España denoten una mejora de la salud autopercebida, lo que probablemente refleje una acomodación de las expectativas. Sin embargo, el riesgo de padecer problemas de salud mental se incrementa en el grupo de personas que han perdido el trabajo, y es mayor cuanto más tiempo hace que se está en el paro y es cuando se valora el riesgo. Se ha objetivado un notorio aumento del consumo de psicotropos, tanto de fármacos ansiolíticos como de hipnóticos, sea en las encuestas de salud o en las ventas de medicamentos. A las consecuencias de la privación material se les suman los efectos del desánimo, la incertidumbre y a veces la desesperación, un malestar que no tiene causas patológicas, al menos en principio, y que si bien puede disminuir con tratamiento médico, raramente este puede solucionarlo si no interviene sobre las causas, que en este caso son claramente sociales y políticas. Hay que advertir, no obstante, que como los estados de ánimo vienen influidos por las expectativas, el pesimismo puede conducir a un empeoramiento subjetivo de la situación, de manera que hay que extremar el rigor a la hora de valorar algunos de los peores efectos potenciales sobre la salud mental, como pudiera ocurrir con los suicidios, no fuera cosa que estimuláramos el miedo si no la emulación. De ahí el interés de la segunda sesión de debate.

Finalmente, conviene analizar los comportamientos de profesionales y ciudadanos a la hora de utilizar los servicios sanitarios públicos, puesto que el consumo sanitario inapropiado constituye una parte apreciable de la oferta sanitaria pública. Y si antes de la crisis ya se denunciaban sus consecuencias negativas desde el punto de vista de los principios éticos básicos de justicia —al afectar a la equidad y la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles—, de no maleficencia —al tratarse de intervenciones poco útiles pero en cambio potencialmente iatrogénicas—, o de autonomía, —al generar expectativas quiméricas que redundan en una dependencia inadecuada del sistema sanitario—, en plena crisis comportan un doble perjuicio para la ciudadanía.

En cualquier caso, el escenario de la crisis, en la medida en que está provocando un aumento de la desigualdad social y económica, supone también un incremento de las desigualdades injustas en salud, de acuerdo con el conocimiento que tenemos de los determinantes sociales de la salud. El contexto actual es especialmente peligroso para las poblaciones más vulnerables a la crisis, que son, por cierto, las que menos han contribuido a crearla. De ahí que sean necesarias y justas políticas públicas de corrección de esta situación.

La parte de la población que más acusa la crisis económica será la que muy probablemente experimente un mayor deterioro de su salud, salvo que se produzcan efectos beneficiosos como los que se observaron en Finlandia, atribuibles, en parte al menos, a las políticas de protección social.

De ahí que haya que medir esos efectos a corto y largo plazo para no hacer políticas a tientas o basadas solo en supuestos, si bien no hay que dejar de hacerlas porque no sepamos con exactitud de qué modo la crisis afectará a la salud en los próximos lustros. Aunque una previsión precisa a largo plazo es imposible, los datos que ya empezamos a tener, la experiencia histórica acumulada en otras situaciones similares y el conocimiento disponible sobre la influencia de la pobreza, la desigualdad socioeconómica y una progresiva devaluación de los servicios sociales sobre la salud de la población instan a que no nos quedemos con los brazos cruzados. De otro modo, estaríamos contribuyendo a agrandar innecesariamente los efectos de la crisis sobre la salud.

*Andreu Segura*

Coordinador del grupo de Ética y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

*Ángel Puyol*

Profesor de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona

## DINÁMICA DE TRABAJO

Este cuaderno es el resultado de la jornada desarrollada en la sede de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, en Barcelona, el 18 de diciembre de 2013. La jornada tuvo como objetivo promover la reflexión individual, en un primer momento, y posteriormente la reflexión colectiva mediante el debate entre los asistentes, especialistas del campo de la ética y la salud pública. El programa se estructuró en tres bloques que abordarían diferentes aspectos relacionados con la ética, la crisis económica y la salud pública. Cada uno de ellos contó con dos ponentes principales, encargados de presentar información, reflexiones y puntos de partida para el debate, y un moderador de los debates.

Los bloques temáticos fueron los siguientes: «Las poblaciones particularmente vulnerables a la crisis», «Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: ¿realidad o mito?», y «Para una utilización moralmente correcta de los servicios sanitarios públicos en tiempos de crisis: el papel de los profesionales y el papel de los usuarios».

Previamente a la celebración de la jornada, cada uno de los ponentes elaboró un pequeño documento con reflexiones acerca de su intervención. Dicho texto fue enviado a los asistentes con el objetivo de que realizaran una reflexión individual que enriqueciera los debates de la jornada.

Tras la jornada, cada uno de los ponentes redactó un texto con reflexiones propias sobre el tema abordado en el que incorporó, además, las aportaciones y reflexiones del debate colectivo. Igualmente, los especialistas participantes fueron invitados a redactar también sus propias reflexiones y conclusiones sobre la jornada. Todas estas aportaciones conforman el *corpus* principal de esta publicación.

*José Miguel Carrasco*

Miembro del grupo de Ética y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

**Las poblaciones  
particularmente  
vulnerables a la crisis**

**Ildefonso Hernández Aguado**

*Universidad Miguel Hernández y  
Cíber de Epidemiología y Salud Pública*

**Begoña Román Maestre**

*Universitat de Barcelona*

*Ildefonso Hernández Aguado*

## Introducción

La actual crisis económica y la respuesta política que a ella se está dando, basada en que las exigencias económicas para afrontarla son proporcionalmente mayores a medida que se baja en la escala social, tienen una intensidad y duración suficientes como para forzar e incluso romper las costuras del tejido que asegura el funcionamiento social y tienen consecuencias en el conjunto de la sociedad que serán potencialmente graves en los más vulnerables. La respuesta política a la crisis económica en España ha incluido recortes en las políticas educativa, sanitaria y de protección social, entre otras, afectando a condicionantes claves de la salud de la población. Tal como describe el preámbulo de la Ley General de Salud Pública<sup>1</sup>, «...no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, la salud se gana y se pierde en otros terrenos: antes del nacimiento pueden producirse exposiciones a distintos factores que de forma indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte se van acumulando experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud». La crisis y la respuesta política a esta conciernen a prácticamente todos los determinantes sociales mencionados, y dañan más a las personas que la crisis ha situado en posición de vulnerabilidad o bien a las que ya eran vulnerables antes de ella y cuyas circunstancias la crisis ha empeorado.

Al considerar las intervenciones preventivas efectivas más eficaces en las poblaciones vulnerables debemos revisar los tres ámbitos de actuación de la salud pública. En primer lugar se sitúa el ámbito que se deriva de la perspectiva antes mencionada de los determinantes sociales de la salud, y que subraya el papel que todas las políticas de gobierno tienen en moldear el estado de

salud de la población. Este enfoque implica situar la salud en la agenda de todos los departamentos de gobierno, de forma que, sin comprometer los objetivos primordiales de sus políticas, maximicen los resultados positivos en la salud de la población o, al menos, minimicen los daños. La normativa vigente dispone que los responsables de las políticas de salud pública promuevan la consideración de la salud en todas las políticas de gobierno mediante la consecución de entornos saludables o disuadiendo aquellas políticas que supongan riesgos para la salud. Para ello pone a su disposición la evaluación de impacto en salud, una herramienta de análisis que permite valorar las ganancias o pérdidas en salud de las distintas opciones de intervención en políticas sanitarias y no sanitarias.

En segundo lugar tenemos las actuaciones propias de los dispositivos de salud pública que vigilan el estado de salud de la población y sus determinantes, responden a las amenazas a la salud de la población y a las crisis sanitarias, e implantan acciones en las áreas de protección de la salud, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y de las lesiones. Secularmente los dispositivos de salud pública cuentan con escasos recursos, lo que no es óbice para que adapten los que tienen a situaciones de tensión como la que ahora vivimos.

Por último, los servicios sanitarios tienen capacidad para llevar a cabo algunas acciones preventivas además de las curativas, cuidadoras y de rehabilitación. Precisamente la asistencia sanitaria puede desempeñar un papel amortiguador de los efectos dañinos de la crisis. Hace ya tiempo que se reclama un mayor protagonismo de la salud comunitaria en los servicios de atención primaria, un enfoque que permitiría una mejor adaptación a las necesidades sociales en situación de crisis.

Vistos los ámbitos de actuación potenciales que podrían prevenir daños en la salud de los más vulnerables, consideremos la cuestión principal: ¿se prevén daños relevantes en la salud por la crisis que justifiquen actuaciones preventivas singulares? Aunque la respuesta pudiese parecer obvia y ya se adelantó en su momento<sup>2</sup>, cabe detenerse a precisar algunas cuestiones. Ha habido un debate, necesario, sobre los efectos que la crisis ha tenido hasta ahora en la salud de varias poblaciones europeas, con atención especial a Grecia<sup>3-16</sup>. El

debate, sobre todo de carácter académico, se ha centrado en aquellos efectos detectables a corto plazo que puedan ser atribuibles a la crisis económica, como, por ejemplo, el suicidio. Otros trabajos han ampliado el abanico de indicadores, incorporando algunas tasas de mortalidad específica y general para seguir el impacto de la crisis, aunque los años analizados hasta ahora no permiten llegar aún a conclusiones sólidas<sup>17</sup>. Estas investigaciones, como otras originadas en situaciones de crisis anteriores, requerirían un análisis exhaustivo que abarcase desde el marco conceptual y contextual hasta la calidad metodológica específica de cada estudio revisado para poder extraer conclusiones relevantes.

No pretendo eludir el debate sobre los efectos de la crisis en la salud, que entiendo imprescindible, ni la respuesta a la pregunta planteada, pero la complejidad del análisis excede lo que en este texto se quiere abordar. Por ejemplo, hay crisis que dependiendo del contexto y de las políticas aplicadas pueden tener efectos positivos en algunos indicadores de salud, tal como ocurrió en Cuba con la disminución de la disponibilidad de alimentos y transporte motorizado en la década de 1990, que mostró efectos positivos en la salud en comparación a lo ocurrido simultáneamente en la Federación Rusa<sup>18</sup>, diferencias que motivaron un análisis comparado para detectar factores explicativos<sup>19</sup>. En Corea del Sur se observó un aumento en la mortalidad general y la morbilidad —incluidas las enfermedades laborales—, y se estableció que era preciso estudiar más a fondo las relaciones entre crisis y salud en función del tiempo<sup>20-22</sup>. Un caso llamativo fue el de los antiguos países del bloque soviético, en los que la desintegración económica y las privatizaciones masivas afectaron a la salud de forma diferente según el grado de capital social, de descomposición de las instituciones y de disponibilidad de redes sociales de apoyo, destacando especialmente la caída de la esperanza de vida en Rusia<sup>19,23-27</sup>. Hay también casos locales en los que se ha establecido con bastante fundamento la relación entre el tipo de respuesta que se da a la crisis económica y las consecuencias en términos de epidemias de tuberculosis, infección por virus de la inmunodeficiencia humana y homicidios<sup>28</sup>. Como se ha apuntado, son las decisiones políticas las que, al producir interacciones negativas entre la crisis económica y la baja protección social, tienen efectos a veces pronunciados en la salud de la población<sup>4</sup>. Por lo que a nosotros concierne, sería interesante un

análisis profundo que estableciese cómo lo aprendido en casos similares puede aplicarse a la actual y duradera crisis en España.

Dávila Quintana y González López-Valcárcel hicieron una revisión que, sin alcanzar la exhaustividad mencionada, permite alguna tentativa de respuesta a la pregunta antes enunciada<sup>29</sup>. No hay duda de que los niños, los ancianos y algunas poblaciones empobrecidas son especialmente vulnerables, ni de que las pérdidas de renta de las familias y el empobrecimiento repentino, si rebasan cierto umbral crítico, empiezan a afectar a la salud. Estos efectos, tal como se ha descrito con los modelos de salud a lo largo de la vida, comportarán efectos irreversibles y transmisibles a otras generaciones<sup>30,31</sup>. Algunos efectos sobre la infancia ya son detectables en nuestro entorno<sup>32</sup>. Si tomamos, por tanto, el modelo de los condicionantes sociales de la salud, ya podemos avanzar que la crisis va a dejar efectos indelebles cuya expresión en forma de problemas de salud solo será detectable a largo plazo y que difícilmente será correctamente atribuida a las políticas que ahora mismo están causando el empobrecimiento y la pérdida de derechos de poblaciones vulnerables. Me refiero, por ejemplo, a la introducción de trabas para el acceso al Sistema Nacional de Salud y a diversas prestaciones sociales y sanitarias. La gravedad de la situación, tal como se describe en los informes *Desigualdad y derechos sociales*, de FOESA, y *Empobrecimiento y desigualdad social*, de Cáritas, les lleva advertir de que «se han alcanzado máximos históricos en desempleo y grandes aumentos de la desigualdad, mientras que los procesos de empobrecimiento y de inseguridad económica de los hogares españoles han llegado a un punto de difícil retorno. Los mecanismos de aseguramiento de la sociedad se han debilitado, y las políticas de austeridad han generado una mayor vulnerabilidad de la sociedad española»<sup>33,34</sup>. Se están rebasando fronteras que perpetuarán la marginación y tendrán efectos indudables en la salud de la población. Además de ello, el grado de sufrimiento, de zozobra, ya alcanzado por amplios sectores sociales es éticamente inadmisibles considerando el grado de riqueza disponible.

Aceptando, pues, que la crisis tendrá efectos dañinos en la salud de la población y que cabe considerar actuaciones preventivas para evitarlos o minimizarlos, veamos desde la salud pública cuáles deben ser las intervenciones que podrían ser eficaces de acuerdo con los ámbitos de actuación enunciados.

## Intervenciones preventivas en poblaciones vulnerables

### Vigilancia de salud pública

Una cuestión que no ha suscitado excesiva atención y que afecta al núcleo central de las políticas de salud pública es la inadecuación de la inteligencia de salud pública, entendida como la capacidad de seguir los acontecimientos relacionados con la salud, valorarlos y recomendar las intervenciones apropiadas para afrontarlos de acuerdo con su magnitud, así como la capacidad para intervenir eficientemente garantizando el máximo nivel de salud en la población. No se trata de que las capacidades de vigilancia de salud pública sean escasas; se trata de que hay una desproporción entre la relevancia de los diversos problemas de salud de la población y los recursos que las administraciones públicas dedican a la vigilancia de cada uno de ellos. El trecho entre los recursos y atención prestados por las administraciones a la crisis de la gripe A durante 2009 y el silencio actual sobre los enormes riesgos de la crisis para la salud de la población ilustra esta aparente paradoja. Si en su momento hubo una casi paralización de numerosas actividades administrativas sanitarias a fin de dedicar la mayor parte de la agenda política sanitaria y de vigilancia a la gripe A, justificada quizá por la incertidumbre de la magnitud del problema en la primera fase, no debería aceptarse la indiferencia que ahora muestra la administración sanitaria por los efectos de la crisis en la salud. Hay inercias y rigideces en los dispositivos de salud pública, capaces de detectar el mínimo problema producido por una enfermedad infecciosa, por ejemplo, e incapaces de prestar ningún interés a la vigilancia de los efectos de la crisis en la salud o de los condicionantes sociales de la salud. La Ley General de Salud Pública, en su artículo 12 sobre vigilancia en salud pública, dispone como primera acción la vigilancia de los condicionantes sociales y las desigualdades que incidan en la salud con mediciones en el nivel individual y en el poblacional<sup>1</sup>. Al igual que la mayoría de las disposiciones contenidas en esa norma, la administración elude su cumplimiento. En consecuencia, lo primero que cabe afirmar sobre las intervenciones preventivas en grupos vulnerables en la crisis tiene que ver con la adecuada información y disposición de los servicios de salud

para reconocer y afrontar este tipo de problemas. En 2008 las desigualdades sociales no habían disminuido tras años de crecimiento económico, y las preguntas que ahora nos hacemos sobre la pertinencia de intervenir en personas vulnerables hace tiempo que son pertinentes —lo eran antes de la crisis—: la pobreza es, en España, una realidad persistente. Además, el propio Ministerio, entonces denominado de Sanidad y Política Social, había impulsado la monitorización de los determinantes sociales de la salud en la Unión Europea con motivo de asumir la presidencia semestral, y conseguido que el Consejo de la Unión, en junio de 2010, acordara diversas conclusiones recomendando esta monitorización y la inclusión de la equidad en salud en la agenda política europea<sup>35,36</sup>. Es desalentador comprobar el desperdicio de esfuerzos simplemente porque haya cambios de gobierno y no se argumenten las razones de este derroche. También es desalentador comprobar las urgencias de la Comisión Europea para que se cumplan sus exigencias y se implanten normativas y medidas que reducen derechos de los ciudadanos, y la frecuencia con la que olvida sus propias recomendaciones en terrenos en los que aportarían beneficios sociales y económicos.

La administración sanitaria debe ahora usar toda la información y los datos disponibles para realizar el mejor diagnóstico factible de la situación, identificando los determinantes de salud que más aumentan el peligro de daño en la salud y los grupos de personas más vulnerables. Paralelamente debe establecer sistemas de seguimiento que sean estables en el tiempo y permitan evaluar la evolución de los diversos condicionantes de la salud durante la crisis y de sus efectos en términos de morbilidad, mortalidad y otros indicadores que informen de la salud social del país y de cada una de sus áreas. Para ello se debe aprovechar el trabajo hecho por los departamentos de política social y por organizaciones sociales, estableciendo sinergias para garantizar la máxima eficiencia. El seguimiento de los condicionantes de la salud y de su efecto en la salud debe completarse con informes periódicos de la situación y con la evaluación del impacto en salud de diversas alternativas de acción política. Hay mucho trabajo hecho en la identificación de índices combinados e indicadores que den una idea de la salud social, aunando indicadores de salud sensibles con indicadores sobre los determinantes sociales de la salud con capacidad predictiva que podrían aplicarse en situaciones como la actual<sup>35,37</sup>.

Además de las acciones que implanten o no las administraciones públicas, la sociedad civil implicada, como, por ejemplo, las organizaciones científicas y profesionales relacionadas con la salud, debe tratar de situar en la agenda informativa y política el impacto de la crisis en la salud y una propuesta de soluciones. No es tarea sencilla, como lo demuestra el hecho de que algunas acciones de calidad no hayan tenido aún toda la repercusión deseada, pero ya sabemos que la perseverancia es la clave en la abogacía por la salud pública<sup>38,39</sup>.

### Intervenciones no sanitarias

La responsabilidad de las diversas políticas no sanitarias que influyen sobre la salud reside en los departamentos responsables de esas políticas. Pero, como se ha escrito, desde la administración de salud debe contribuirse a perfilar las otras políticas, de forma que consiguiendo sus objetivos primordiales maximicen los resultados en salud. Es tarea de las administraciones sanitarias llamar la atención sobre los desenlaces previsibles de las distintas políticas que se adopten y sugerir las posibles alternativas que tengan efectos más positivos en salud o, al menos, no tan perjudiciales. Las administraciones sanitarias deben aplicar la herramienta de la evaluación de impacto en salud para informar sobre todos los proyectos normativos y planes cuya revisión sea requerida, valorando con el máximo rigor los efectos en salud. La evaluación de impacto en salud es también útil para cuantificar las pérdidas en salud atribuibles a la inacción política. Queda fuera del ámbito de este texto revisar cada una de las políticas que tienen efectos en la salud de los grupos vulnerables, y tan solo enunciare algunas que a mi juicio merecen subrayarse.

Las políticas sociales, incluidas las de empleo y educación, condicionantes claves de la salud poblacional, son esenciales durante las crisis económicas. Los mecanismos por los que la educación contribuye a una mejor salud son múltiples<sup>40</sup>. Por ello, durante las crisis es más necesario que nunca dedicar el máximo esfuerzo a aumentar el capital humano, asegurando tanto la calidad de la educación general como formando a jóvenes desempleados. Ello supone guiar las políticas educativas por el eje de la equidad, identificando a los más vulnerables para aumentar la inversión donde es más necesaria. En la

actual situación, es preciso detectar situaciones extremas en las que el entorno familiar está dañado con diversos riesgos para la salud, como, por ejemplo, una nutrición insuficiente o de baja calidad, que contribuye no solo a aumentar el riesgo de enfermedad sino a comprometer la misma acción educativa. Son casos en los que la flexibilidad administrativa y la capacidad de reacción deben ser prontas, a fin de evitar efectos acumulados o irreversibles. Alguna administración o la propia sociedad han tenido algunas iniciativas elogiadas en las que se ha aprovechado el entorno educativo para completar la insuficiente alimentación de niños con carencias nutritivas.

Respecto a las políticas sociales, lo mínimo exigible en la situación actual es que cada decisión (o la propia inacción) se acompañe de una explicación sobre los efectos deseados, sobre las repercusiones esperadas en términos sociales y económicos y sobre el impacto en la equidad y en los más vulnerables. Por ejemplo, con la reforma de la Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como Ley de Dependencia, el Estado ha dejado de financiar las cotizaciones de los cuidadores no profesionales a la Seguridad Social, y como resultado se han expulsado entre junio de 2012 y junio de 2013 unas 160.00 personas del sistema de Seguridad Social y se les ha reducido la asignación económica. Lo adecuado sería explicar qué efectos se pretenden conseguir con estos cambios —teóricamente la reducción del déficit presupuestario—, qué efectos netos en el déficit público se han cuantificado, y qué efectos sociales y en particular en los grupos vulnerables tendrán los cambios adoptados. Es posible que no se consigan los efectos económicos deseados, mientras se penaliza a personas vulnerables y se hace recaer la política social en cuidadores.

Hay otras políticas, largamente esperadas, que tienen efectos de gran magnitud en la salud de la población, por ejemplo, las políticas de reducción de la contaminación atmosférica, que aúnan las de reducción de emisiones con las de movilidad activa. La contaminación en nuestras ciudades produce graves problemas de salud, y nuevamente los más afectados están en los niveles sociales más bajos. Hay suficiente información para la acción, y se han cuantificado adecuadamente los beneficios potenciales<sup>41</sup>. La reducción del tráfico rodado como consecuencia de la crisis puede estar teniendo ya efectos

positivos, pero no es suficiente: nuestras ciudades tienen unos niveles de contaminación que producen una carga diaria de enfermedad y de cuidado sanitario inaceptable. No tiene sentido seguir con un modelo de movilidad que es insostenible desde todos los puntos de vista, y ahora hay más razones, si alguna faltaba, para adoptar decisiones enérgicas en este terreno.

### Intervenciones preventivas desde los servicios de salud pública

Además de la vigilancia de salud pública antes mencionada, que es una actuación propia de los servicios de salud pública, pueden considerarse diversas acciones.

El uso de instrumentos jurídicos para proteger la salud de la población es una opción que no debe desestimarse, siempre que se garanticen efectos positivos en la equidad. En la situación actual puede profundizarse en el uso de nuevas normas legales para proteger la salud reduciendo la exposición a riesgos para la salud y, por otra parte, podrían explorarse estrategias novedosas en el uso de instrumentos legales para promover la salud. Sobre lo primero, España ha avanzado considerablemente en el último decenio en la protección frente a la exposición pasiva al humo de cigarrillos y en otras normas contra el tabaco, pero no se han agotado aún todas las posibilidades de normativas en salud pública. Además del tabaco, donde hay todavía recorrido normativo posible, varias áreas deberían ser exploradas. Considero a continuación las de nutrición y de contaminación química.

Las políticas de nutrición deben abordar el problema que suponen para la salud pública los alimentos y bebidas de bajo valor nutritivo y altos costes sanitarios, además de otras externalidades negativas. Entre estas políticas, la regulación con subidas de impuestos y subsidios para los alimentos saludables con incentivos a las personas pobres son acciones que hay que considerar. Aunque está abierto el debate científico sobre los efectos, todo parece indicar que este tipo de regulación puede tener efectos positivos en la salud, mejorando incluso la equidad<sup>42-47</sup>. Hay que reconocer que no son políticas sencillas y que su aplicación debe estudiarse con minuciosidad, pero es precisamente en

situaciones como la actual cuando es más necesario dedicar toda la capacidad intelectual disponible al examen detallado y exhaustivo de las alternativas posibles. Las administraciones públicas suelen escudar su inacción en que esperan que la administración superior —estatal y europea— decida, cuando este es un asunto en el que la competencia enriquecedora es más deseable. La regulación contra el tabaco lo ilustra bien.

Otro apartado relevante de la salud pública es la protección química. Recordemos que la contaminación química es una de las causas principales del aumento del cáncer, la infertilidad, las enfermedades congénitas y otros muchos problemas de salud. Aunque la relación no es lineal y difiere según el contaminante analizado, el riesgo de exposición a tóxicos es mayor a medida que descendemos en la escala social<sup>48,49</sup>. Ha habido avances en la política regulatoria europea, pero la situación dista de ser la ideal para la salud pública, pues es un terreno lleno de obstáculos, dado el poder del *lobby* químico. Hace poco se puso en evidencia que 17 de 18 editores de revistas de toxicología que escribieron un editorial para influir en la Comisión Europea para que no adoptase el principio de precaución sobre unos contaminantes —los denominados disruptores endocrinos<sup>50</sup>— habían colaborado con las industrias químicas, cosméticas, tabaqueras, de pesticidas o biotecnológicas, tanto recibiendo financiación como siendo asesores. Este hecho da una idea del grado de captura de la ciencia en Europa por parte de las corporaciones para que sirva a sus intereses, olvidando el interés general<sup>51</sup>. Aunque este editorial ha sido rechazado por numerosos investigadores sin conflictos de interés y hay suficientes evidencias científicas sobre los efectos negativos para la salud de los químicos disruptores endocrinos, hay dudas sobre la decisión final que debe adoptar la Comisión Europea<sup>52,53</sup>. Ante este panorama, cabe optar por políticas preventivas en el nivel nacional. Una regulación que impida la exposición a tóxicos como los disruptores endocrinos de los grupos más vulnerables (trabajadoras embarazadas y lactantes), que impida su uso en envoltorios de alimentación infantil, que elimine el uso de estos tóxicos en las contrataciones públicas y otras medidas similares son posibles. Estas deben acompañarse de intervenciones informativas sobre los químicos tóxicos dirigidas a la población general, incluyendo siempre el eje de equidad, por el mayor riesgo mencionado en niveles sociales desfavoreci-

dos, e intervenciones específicas, particularmente en ámbitos laborales precarios.

Respecto a las estrategias novedosas en el uso de instrumentos jurídicos, se trata de su uso para la protección de grupos vulnerables, agotando todos los recursos legales, tanto para conseguir que alcancen las ayudas o los beneficios a los que tienen derecho y que no alcanzan por diversos factores asociados a la propia exclusión social, como para usar la denuncia legal o la abogacía legal para presionar en defensa de un entorno más saludable. Mientras las intervenciones para facilitar el acceso a ayudas económicas o en especie son comunes en nuestro entorno a través de la asistencia social y obviamente deben reforzarse en situaciones de crisis, el uso de la abogacía legal para promover la salud es menos común. No se recoge en medios científicos, y en España se ha observado más ligado a la lucha por la conservación ambiental. En Estados Unidos hay ya experiencias del uso de la abogacía legal por medio de la influencia, la presión u otras estrategias para obligar al cumplimiento de leyes que condicionan un entorno que reduce el riesgo de asma<sup>54</sup>. Este es un terreno poco explorado, y aunque su aplicación no es inmediata, es un buen momento para iniciar su consideración. Hay una dificultad subyacente, y es que la administración pública no puede promover estas actuaciones, ya que pueden actuar en su contra; por ello, sería un espacio que podría desarrollarse en el seno de organizaciones cívicas, profesionales o científicas.

Por último, en el terreno legal es preciso subrayar que es imprescindible que las administraciones públicas cumplan la normativa vigente. La Ley General de Salud Pública y las leyes de salud pública de Andalucía, Extremadura o Comunidad Valenciana incluyen disposiciones para que los poderes públicos realicen intervenciones específicas en los grupos de población vulnerables a los riesgos de salud y que prioricen en ellos las intervenciones. En el caso de la ley estatal, dispone en su artículo 3º lo siguiente<sup>1</sup>: «Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones

en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad». El propio Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones<sup>55</sup>, que modifica las condiciones de acceso a la atención sanitaria y excluye a los inmigrantes irregulares, incumple la norma citada en su planteamiento. El Ministerio de Sanidad no ha aplicado el principio de equidad normativamente dispuesto en casi ninguna de sus iniciativas. En un ambiente de crisis, con centenares de miles de personas en situación de pobreza o exclusión, es imperativo aplicar las leyes que disponen atención especial a los más desfavorecidos. Si este eje de equidad se aplicase en toda su extensión, se avanzaría en la prevención en los grupos más vulnerables. La reducción de las desigualdades sociales es aplicable a todas las intervenciones de salud y, sin embargo, no consta que sea la regla en las intervenciones de salud pública ni en las de asistencia sanitaria. Hay suficientes ideas y propuestas para aplicar el marco de los condicionantes sociales de la salud en la práctica de la salud pública, valga de ejemplo el reciente suplemento de *Public Health Reports* sobre la cuestión<sup>56</sup>, que en estos momentos deberían guiar a las administraciones responsables de la salud pública en las comunidades autónomas y en la administración general del Estado. Desde luego es urgente derogar gran parte del Real Decreto antes mencionado y volver a la universalidad. La exclusión progresiva de colectivos de la atención sanitaria es una de las acciones de gobierno más inicuas y, para mayor ignominia, ha culminado —esperemos— aprobando hace poco —según todos los indicios, pues la transparencia es ahora tenue en el Ministerio de Sanidad— la intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública. Esto supone ordenar la atención sanitaria a «otros» para evitar problemas a los protegidos por el Sistema Nacional de Salud, definiendo situaciones de riesgo predominantemente infecciosas, pero también incluyendo algunas enfermedades mentales. Es decir, mediante el Real Decreto 16/2012 se excluye a personas de la atención sanitaria, pero se dispone la forma para atenderlas obligatoriamente (aplicando la Ley 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública) en aquellas situaciones que podrían perjudicar la salud de los asegurados. Resumiendo: se pretende tratar única-

mente y en ocasiones obligatoriamente a las personas no aseguradas, sobre todo inmigrantes irregulares, contagiosas o con enfermedad mental.

### Intervenciones en los servicios sanitarios

Algunas recomendaciones sobre salud y servicios sanitarios asistenciales están contenidas en documentos ya citados<sup>38,39</sup>. Una recomendación que cuenta con amplio consenso consiste en la reducción del uso de tecnologías e intervenciones sanitarias inútiles o perjudiciales, y cambiar esta inversión por otras más eficientes o simplemente desinvertir para asegurar la sostenibilidad del sistema público de salud. En esta línea hay terreno para la acción en la mejora de la salud de las personas vulnerables. Sabemos que hay intervenciones sanitarias con poca base tecnológica, desarrolladas eminentemente mediante personas (sanitarios, agentes comunitarios, fisioterapeutas, etc.) que son mucho más eficientes que intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, con unos números de personas que es necesario tratar para obtener beneficios mucho más bajos<sup>57</sup>. Estas intervenciones no solo rinden más beneficios en términos de salud por unidad de coste, sino que además contribuyen a mantener o incrementar el empleo en el sector sociosanitario a cambio de tecnologías y productos menos eficientes económica y socialmente en nuestro entorno, dada la acusada dependencia del exterior. Cabe, por tanto, cambiar tecnologías por personas y explorar intervenciones dirigidas a los grupos vulnerables en los que el coste oportunidad es aún mayor (por ejemplo, prevención de lesiones en ancianos pobres), y atender a las acciones de salud comunitaria que abordan problemas susceptibles de medicalización, como el desempleo en hombres mayores. Hay intervenciones que empleando la metodología de los procesos correctores comunitarios alcanzan resultados alentadores<sup>58</sup>. Podemos convenir en que el sistema sanitario es demasiado rígido en su orientación biomédica, ofreciendo poco espacio para prestaciones de otra índole a pesar de que muchas de ellas puedan tener un rendimiento mayor en términos de salud al eludir la medicalización innecesaria de problemas ahora muy frecuentes en poblaciones vulnerables. Esto requiere coraje por parte de los decisores para actuar de forma diferente a la de siempre, con rigor pero sin rigidez, y por parte de los académicos y profesionales

respuestas adecuadas, modificando una agenda de investigación en salud que está sesgada hacia las intervenciones que rinden beneficios industriales<sup>57</sup> para llevarla a la evaluación de intervenciones que no precisan patente para implantarse.

Por último, cabe llamar la atención sobre el hecho de que el trabajo cotidiano de los profesionales sanitarios no debe ser ajeno al cumplimiento de la ley. Por ello, todas las actuaciones sanitarias deben estar impregnadas del eje de equidad, lo que supone que en la propia consulta médica, en la atención de enfermería y en cualquier otra actuación profesional hay que proporcionar más intensidad de cuidados donde se más se necesitan, y disponer los procedimientos oportunos para que esto ocurra. Hay recomendaciones disponibles que pueden adaptarse sin mucho esfuerzo<sup>59</sup>.

### Conclusiones

Mientras se obtienen análisis más consolidados sobre los efectos que la crisis política y económica está causando en la salud de la población, es inaplazable adoptar medidas que eviten o amortigüen estos efectos. La información acumulada sobre los efectos sociales de la crisis justifica la implantación de acciones, pues sabemos que el daño producido en la salud social, de por sí grave y suficiente para intervenir enérgicamente, tiene ya efectos en la salud y está dejando marcas indelebles con efecto deletéreo en la salud a lo largo de la vida de los afectados. El conocimiento disponible sobre los determinantes sociales de la salud ofrece una orientación sobre qué políticas pueden ser más efectivas, al mostrar aquellos condicionantes de la salud con mayor potencial de salud, que a la vez son los más dañados por la crisis. Además de prestar atención a los condicionantes, es preciso examinar la factibilidad de las distintas medidas, así como los factores que las hacen viables. Se dispone de un amplio abanico de intervenciones aplicables fuera del marco sanitario, en el ámbito de los servicios de salud pública y en los propios servicios asistenciales. La prioridad reside en situar en la agenda pública los efectos que la respuesta a la crisis tiene en la salud de la población. El escenario actual desafía a los profesionales de salud pública, cuyo papel debe ser dirigir toda su capa-

cidad a valorar el impacto de la situación de crisis en la salud y seguirla en el tiempo, recomendando enérgicamente las propuestas que, de acuerdo con los conocimientos actuales y la oportunidad económica y social, es urgente adoptar.

## Referencias bibliográficas

1. *Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública*. Madrid: Boletín Oficial del Estado, miércoles 5 de octubre de 2011, págs. 104593-104626.
2. Marmot, M. G., y Bell, R. «How will the financial crisis affect health?», *BMJ*, 338, 2009, pág. 1314.
3. Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J. P., y McKee, M. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 381, 2013, págs. 1323-1331.
4. Malliori, M.; Golna, C.; Souliotis, K., y Hatzakis A. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 382, 2013, pág. 392.
5. De Vogli, R. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 382, 2013, pág. 391.
6. Ayuso-Mateos, J. L.; Barros, P. P., y Gusmão, R. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 382, 2013, págs. 391-392.
7. Karanikolos, M.; Rechel, B.; Stuckler, D., y McKee, M. «Financial crisis, austerity, and health in Europe - Authors' reply», *Lancet*, 382, 2013, pág. 392.
8. Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M., y Stuckler, D. «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy», *Lancet*, 378, 2011, págs. 1457-1458.
9. Liaropoulos, L. «Greek economic crisis: not a tragedy for health», *BMJ*, 345, 2012, pág. e7988. Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M., y Stuckler, D. «Effects of Greek economic crisis on health are real», *BMJ*, 345, 2012, pág. e8602.
10. Barr, B.; Taylor-Robinson, D.; Scott-Samuel, A.; McKee, M., y Stuckler, D. «Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis», *BMJ*, 345, 2012, pág. e5142. Disponible en: doi: 10.1136/bmj.e5142.
11. López Bernal, J. A.; Gasparrini, A.; Artundo, C. M., y McKee, M. «The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis», *Eur J Public Health* 23, 2013, págs. 732-736.
12. Fountoulakis, K. N.; Siamouli, M.; Grammatikopoulos, I. A.; Koupidis, S. A.; Siapera, M., y Theodorakis, P. N. «Economic crisis-related increased suicidality in Greece and Italy: a premature overinterpretation», *J Epidemiol Community Health*, 67, 2013, págs. 379-380. Disponible en: doi: 10.1136/jech-2012-201902.
13. Librero, J.; Segura, A., y Beatriz, L. V. «Suicides, hurricanes and economic crisis», *Eur J Public Health*, 24, 2014, pág. 183. Disponible en: doi: 10.1093/eurpub/ckt167.
14. Kondilis, E.; Ierodiakonou, I.; Gavana, M.; Giannakopoulos, S., y Benos, A. «Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel», *J Epidemiol Community Health*, 67, 2013, pág. e1. Disponible en: doi: 10.1136/jech-2013-202499.
15. Kondilis, E.; Giannakopoulos, S.; Gavana, M.; Ierodiakonou, I.; Waitzkin, H., y Benos, A. «Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case», *Am J Public Health*, 103, 2013, págs. 973-979. Disponible en: doi: 10.2105/AJPH.2012.301126.
16. Gili, M.; Roca, M.; Basu, S.; McKee, M., y Stuckler, D. «The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010», *Eur J Public Health*, 23, 2013, págs. 103-108. Disponible en: doi: 10.1093/eurpub/cks035.
17. Regidor, E.; Barrio, G.; Bravo, M. J., y de la Fuente, L. «Has health in Spain been declining since the economic crisis?», *J Epidemiol Community Health*, 68, 2014, págs. 280-282. Disponible en: doi: 10.1136/jech-2013-202944.

18. Franco, M.; Bilal, U.; Orduñez, P.; Benet, M.; Morejón, A.; Caballero, B.; Kennelly, J. F., y Cooper, R. S. «Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends», *BMJ*, 346, 2013, pág. f1515. Disponible en: doi: 10.1136/bmj.f1515.
19. Borowy, I. «Similar but different: health and economic crisis in 1990s Cuba and Russia», *Soc Sci Med*, 72, 2011, págs. 1489-1498. Disponible en: doi: 10.1016/j.socscimed.2011.03.008.
20. Kim, H.; Chung, W. J.; Song, Y. J.; Kang, D. R.; Yi, J. J., y Nam, C. M. «Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea», *Bull World Health Organ*, 81, 2003, págs. 567-572.
21. Kim, H.; Song, Y. J.; Yi, J. J.; Chung, W. J., y Nam, C. M. «Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea», *Ann Epidemiol*, 14, 2004, págs. 442-446.
22. Min, K. B.; Min, J. Y.; Park, J. B.; Park, S. G., y Lee, K. J. «Changes in occupational safety and health indices after the Korean economic crisis: analysis of a national sample, 1991-2007», *Am J Public Health*, 100, 2010, págs. 2165-2167. Disponible en: doi: 10.2105/AJPH.2009.163832.
23. Leon, D. A.; Chenet, L.; Shkolnikov, V. M., Zakharov, S.; Shapiro, J.; Rakhmanova, G.; Vassin, S., y McKee, M. «Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?» *Lancet*, 350, 1997, págs. 383-388.
24. Notzon, F. C.; Komarov, Y. M.; Ermakov, S. P.; Sempos, C. T.; Marks, J. S., y Sempos, E. V. «Causes of declining life expectancy in Russia», *JAMA*, 279, 1998, págs. 793-800.
25. Walberg, P.; McKee, M.; Shkolnikov, V.; Chenet, L., y Leon, D. A. «Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis», *BMJ*, 317, 1998, págs. 312-318.
26. Shkolnikov, V.; McKee, M., y Leon, D. A. «Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s», *Lancet*, 357, 2001, págs. 917-921.
27. McKee, M. «Substance use and social and economic transition: the need for evidence», *Int J Drug Policy*, 13, 2002, págs. 453-459.
28. Freudenberg, N.; Fahs, M.; Galea, S., y Greenberg, A. «The impact of New York City's 1975 fiscal crisis on the tuberculosis, HIV, and homicide syndemic», *Am J Public Health*, 96, 2006, págs. 424-434.
29. Dávila Quintana, C. D., y González López-Valcárcel, B. «Crisis económica y salud», *Gac Sanit*, 23, 2009, págs. 261-265. Disponible en: doi: 10.1016/j.gaceta.2009.04.003.
30. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009, págs. 50-59. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1)
31. Bloom, D.E. *Education, health, and development*. Cambridge: American Academy of Arts and Sciences, 2007. Disponible en: [http://www.amacad.org/publications/ubase\\_edu\\_health\\_dev.pdf](http://www.amacad.org/publications/ubase_edu_health_dev.pdf)
32. Rajmil, L.; Medina-Bustos, A.; Fernández de Sanmamed, M. J., y Mompart-Penina, A. «Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach», *BMJ Open* 3, 2013, pág. e003286. Disponible en: doi:10.1136/bmjopen-2013-003286.
33. Informe FOERSSA 2013. *Desigualdad y derechos sociales*. Madrid: Fundación Foessa y Cáritas, 2013. Disponible en: <https://www.raifundacion.org/sites/default/files/FOESSA%20An%C3%A1lisis%20y%20perspectivas%202013.pdf>
34. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social. *Empobrecimiento y desigualdad social*. Madrid: Cáritas, 2013. Disponible en: [www.caritas.es/AdjuntoNoticiaDownload.aspx?Id=1006](http://www.caritas.es/AdjuntoNoticiaDownload.aspx?Id=1006)
35. *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Madrid: Ministerio

- de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf)
36. Council of the European Union. *Council conclusions on equity and health in all policies: solidarity in health*. 3019th Employment, social policy, health and consumer affairs council meeting, Bruselas, 8 de junio de 2010. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/docs/concluConsejoMinistros\\_En.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/concluConsejoMinistros_En.pdf)
  37. Hernández-Aguado, I., y Parker, L. A. «Intelligence for health governance». En: Kickbusch, I. (comp.). *Policy Innovation for Health*. Ginebra: Springer, 2009, págs. 23-66.
  38. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. *SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes*, 2012. Disponible en: [http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS\\_ANTE\\_LA\\_CRISIS.pdf](http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf)
  39. Asociación de Economía de la Salud. *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance*, 2013. Disponible en: [http://www.aes.es/documentos\\_aes/propuestas\\_sns](http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns)
  40. Braveman, P.; Egerter, S., y Williams, D. R. «The social determinants of health: coming of age», *Annu Rev Public Health*, 32, 2011, págs. 381-398. Disponible en: doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.
  41. Medina, S.; Ballester, F.; Chanel, O.; Declercq, C., y Pascal, M. «Quantifying the health impacts of outdoor air pollution: useful estimations for public health action», *J Epidemiol Community Health*, 67, 2013, págs. 480-3. Disponible en: doi: 10.1136/jech-2011-200908.
  42. Rojas-Rueda, D. «Impuesto a las bebidas azucaradas en España y su posible impacto en la salud», *Gac Sanit*, 28, 2014, págs. 84-85. Disponible en: doi: 10.1016/j.gaceta.2013.04.009.
  43. Eyles, H.; Ni Mhurchu, C.; Nghiem, N., y Blakely, T. «Food pricing strategies, population diets, and non-communicable disease: a systematic review of simulation studies», *PLoS Med*, 9, 2012, pág. e1001353.
  44. Briggs, A. D.; Mytton, O. T.; Kehlbacher, A.; Tiffin, R.; Rayner, M., y Scarborough, P. «Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: economic and comparative risk assessment modelling study», *BMJ*, 347, 2013, pág. f6189. Disponible en: doi: 10.1136/bmj.f6189.
  45. Cabrera Escobar, M. A.; Veerman, J. L.; Tollman, S. M.; Bertram, M. Y., y Hofman, K. J. «Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis», *BMC Public Health*, 13, 2013, pág. 1072. Disponible en: doi: 10.1186/1471-2458-13-1072.
  46. Maniadaakis, N.; Kapaki, V.; Damianidi, L., y Kourlaba, G. «A systematic review of the effectiveness of taxes on nonalcoholic beverages and high-fat foods as a means to prevent obesity trends», *Clinicoecon Outcomes Res*, 5, 2013, págs. 519-543.
  47. Wilson, N.; Nghiem, N.; Ni Mhurchu, C.; Eyles, H.; Baker, M. G., y Blakely, T. «Foods and dietary patterns that are healthy, low-cost, and environmentally sustainable: a case study of optimization modeling for New Zealand», *PLoS One*, 8, 2013, pág. e59648. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0059648.
  48. Nelson, J. W.; Scammell, M. K.; Hatch, E. E., y Webster, T. F. «Social disparities in exposures to bisphenol A and polyfluoroalkyl chemicals: a cross-sectional study within NHANES 2003-2006», *Environ Health*, 11, 2012, pág. 10. Disponible en: doi: 10.1186/1476-069X-11-10.
  49. Sexton, K., y Ryan, A. D. «Using exposure biomarkers in children to compare between-child and within-child variance and calculate correlations among siblings for multiple environmental chemicals», *J Expo Sci Environ Epidemiol*, 22, 2012, págs. 16-23. Disponible en: doi: 10.1038/jes.2011.30.
  50. Dietrich, D. R.; von Aulock, S.; Marquardt, H.; Blaauboer, B.; Dekant, W.; Kehrer, J.; Hengstler, J.; Collier, A.; Gori, G. B.; Pelkonen, O.; Lang,

- F.; Nijkamp, F. P.; Stemmer, K.; Li, A.; Savolainen, K.; Hayes, A. W.; Gooderham, N.; Harvey, A., y Barile, F. A. «Scientifically unfounded precaution drives European Commission's recommendations on EDC regulation, while defying common sense, well-established science and risk assessment principles», *Toxicol*, 76, 2013, A1-A2.
51. Horel, S. «Science and conflicts of interest: Ties to industry revealed», *Environmental Health News*, 23 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2013/eu-conflict-list>
52. Bergman, Å.; Andersson, A. M.; Becher, G.; van den Berg, M.; Blumberg, B.; Bjerregaard, P.; Bornehag, C. G.; Bornman, R.; Brandt, I.; Brian, J. V.; Casey, S. C.; Fowler, P. A.; Frouin, H.; Giudice, L. C.; Iguchi, T.; Hass, U.; Jobling, S.; Juul, A.; Kidd, K. A.; Kortenkamp, A.; Lind, M.; Martin, O. V.; Muir, D.; Ochieng, R.; Olea, N.; Norrgren, L.; Ropstad, E.; Ross, P. S.; Rudén, C.; Scheringer, M.; Skakkebaek, N. E.; Söder, O.; Sonnenschein, C.; Soto, A.; Swan, S.; Toppari, J.; Tyler, C. R.; Vandenberg, L. N.; Vinggaard, A. M.; Wiberg, K., y Zoeller, R. T. «Science and policy on endocrine disrupters must not be mixed: a reply to a “common sense” intervention by toxicology journal editors», *Environ Health*, 12, 2013, pág. 69. Disponible en: doi: 10.1186/1476-069X-12-69.
53. Bergman, A.; Heindel, J. J.; Jobling, S.; Kidd, K. A., y Zoeller, R. T. *State of the science of endocrine disrupting chemicals – 2012*. Ginebra: United Nations Environment Programme and the World Health Organization, 2013. Disponible en: <http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/>
54. Das, A. «The asthma crisis in low-income communities of color: using the law as a tool for promoting public health», *Rev Law Soc Change*, 31, 2007, págs. 273-314.
55. *Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 24 de abril de 2012, págs. 31278-31312. Disponible en: [www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf)
56. Dean, H. D.; Williams, K. M., y Fenton, K. A. «From theory to action: Applying Social Determinants of Health to Public Health Practice», *Public Health Rep*, 128, suplemento 3, 2013, págs. 1-4. Disponible en: <http://www.publichealthreports.org/issuecontents.cfm?Volume=128&Issue=9>
57. Brezis, M., y Wiist, W. H. «Vulnerability of health to market forces», *Med Care*, 49, 2011, págs. 232-9.
58. Balancín de Blancos. *El silencio roto*, 2013. Disponible en: <http://vimeo.com/72541395>
59. The Royal College of Physicians. *How doctors can close the gap. Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education*. Londres: The Royal College of Physicians, 2010. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/rcp-report-how-doctors-can-close-the-gap.pdf>

Begoña Román Maestre

## Introducción

Dividiré la exposición en tres partes. En la primera hablaré de las poblaciones vulnerables (aquellas que están en riesgo de exclusión social y las que ya están excluidas), por qué lo son y cómo se generan. En la segunda parte mencionaré nuevas figuras de la pobreza del siglo XXI, que no se conciben ni autoconciben a menudo como población vulnerable. En la tercera parte propondré algunas intervenciones preventivas que pueden emprender diferentes agentes.

## Tres factores clave para combatir el riesgo y la exclusión social

Tres factores fundamentales para prevenir la exclusión, y también para evaluar la intervenciones realizadas, son la creación de estabilidad, la creación de capacidades y la creación de vínculos estables y significativos.

Las personas, en tanto que individuos en relación, en tanto que animales racionales dependientes, espirituales y mortales, nos desequilibramos, perdemos la salud (en sentido amplio), es decir, perdemos la armonía, la funcionalidad; en definitiva, perdemos *estabilidad*. Como somos seres *ordinarios*, necesitamos cierto orden que suele cuajar en hábitos (y estos tanto pueden ser virtudes como vicios). Cuando el orden de la vida cotidiana se resiente en exceso, la persona se desorienta y lo primero que hay que hacer para recuperar cierto equilibrio es estabilizar. Si esa pérdida de orden es debida a causas materiales —a las básicas cuestiones de intendencia—, de lo que se trata es de garantizar esas necesidades primeras. El objetivo es *vital* cuando la intervención de los servicios sociales debe proveer las necesidades más básicas de vivienda y alimentación.

Sin embargo, es muy grande el riesgo de caer en un asistencialismo generador de mayor dependencia, y no de empoderamiento en la autonomía, si no

se combaten desde el compromiso social las causas que provocaron la desestabilización. La crisis en la que estamos ha hecho volver a ese asistencialismo. Este no es malo, en tanto que se dirige a paliar necesidades, pero si no replantea críticamente el *status quo* y ataca la causa de la injusticia (por privar de derechos fundamentales), se incurre pronto en una solidaridad anecdótica, voluntaria, a veces con voluntariado y/o espectacularización incluidos, o en una solidaridad de bolsillo, una solidaridad convertida en un artículo de lujo, producto de consumo de sociedades acomodadas. Y todo ello no solo no combate injusticias, sino que puede alimentar, seguramente sin quererlo, humillación y resentimiento. De ese modo, cual efecto dominó, al no combatir las causas de exclusión, se genera fractura social, crispación y, por tanto, mayor inestabilidad para todos.

Además, no solo de pan vive el hombre. El ser humano es un proyecto que se vive intersubjetivamente; necesita, además de intendencia, un plan, horizonte de esperanza, un futuro: es un agente que necesita una agenda. En cambio, muchos de los excluidos socialmente son «pacientes», caen en la pasividad, en el victimismo; puede incluso que en sus agendas no haya más cita que con los profesionales «asistenciales» que se ocupan de ellos. Para que la estabilización no sea generadora de dependencias cronificadas, pues atendemos a la dependencia generando más, hace falta el empoderamiento, hace falta, siguiendo a M. Nussbaum<sup>1</sup>, crear *capacidades*.

También en el crear capacidades se dan causas de injusticia. La falta de autoestima, de esperanza, de creatividad, de recursos —no solo económicos, sino también morales y sociales— para «reinventarse» es el segundo de los riesgos de exclusión cuando se es privado del acceso al trabajo. El mundo laboral es un mundo de relaciones de inclusión y reconocimiento. La actual sociedad del conocimiento convierte al proletariado —el trabajador que solo contaba con su prole, con su descendencia— en *cognitariado*, y hoy los conocimientos requieren del aprendizaje a lo largo de toda la vida<sup>2</sup>. Mas el tema de adquirir conocimiento, desarrollar capacidades y acceder y permanecer en el mundo laboral también está sometido a las loterías biológico-sociales. En contra del «querer es poder» hay que recordar que, para querer, previamente hay que conocer o intuir; pues saber es poder, pero hace falta además que se nos deje.

Pues bien, las personas y colectivos vulnerables no tienen precisamente ni ese conocimiento ni el acceso a él. El fracaso escolar se ceba en las clases más desfavorecidas y entre las familias desestructuradas. Lo mismo ocurre con el desempleo, al que se añade la obsolescencia de los oficios y la precarización de los trabajos a los que «pueden» razonablemente aspirar. Porque ya no se trata tampoco meramente de tener trabajo, sino de que este no sea tan precario —por inestabilidad y por abuso del poder sobre el saber, que permite seguir manteniendo «mano de obra» barata, aunque hoy se necesite más cerebro que mano y más servicio que obra.

El mundo de la escuela, de la formación, del trabajo, de la ocupación en general, es un factor clave de relaciones de reconocimiento. El tercer riesgo de caer en la exclusión social radica en la ruptura o ausencia de vínculos, de afectos, de red de relaciones familiares, de contactos. En cambio, en las personas atendidas por los servicios sociales la necesidad de relación suele ir pareja a relaciones de sumisión, victimismo o instrumentalización. La miseria es el caldo de cultivo más propicio para la violencia y para la inmoralidad.

Si falla uno de los tres elementos, estabilidad, capacidades y vínculos, tarde o temprano falla todo. Y cuando se juntan los tres factores, que es lo usual, tenemos un excluido, catalogado bien como «problema social» o como «problema mental». Y como los abordajes de los problemas sociales —que siempre lo son de personas— se llevan a cabo desde criterios compartimentados, o social, o mental, o económico, o clínico, o educativo, o judicial, etc., esta persona convertida en problema o «caso» comienza un peregrinaje por los diferentes servicios, cual pelota molesta que todos quieren quitarse de encima porque nadie sabe muy bien qué hacer con ella. Hasta que deviene un caso imposible. A veces incluso se llega a mantener que es por culpa de él, ya que uno tiene lo que se merece. De forma que se puede llegar a la conclusión de que si una persona o colectivo entra en los servicios sociales seguramente es porque algo ha hecho para estar ahí. La sociedad contemporánea, líquida según Bauman<sup>3</sup>, reacciona entonces culpabilizando: si está ahí, por algo será, y ese algo es individual, es decir, la culpa es de él y solo suya.

Los contextos de crisis corrigen el *prima facie* de los principios bioéticos, ya que en plena vulnerabilidad la autonomía está muy tocada y trastocada: la

dignidad, la justicia y la no maleficencia son previos a la autonomía y a la beneficencia. Y el colmo del cinismo es hacer pasar lo impresentable como necesario.

Para garantizar estabilidad, capacidades y vínculos necesitamos garantizar la *minima habilitalia* y la *minima moralia*. Y la misión de los servicios sociales radica precisamente en trabajar ambas dimensiones: la intencionalidad y la inclusión, condiciones trascendentales para ser un «agente». En el fondo no hay un deseo de asistencialismo, sino de justicia. Los vulnerables no están precisamente en situación de establecer contratos en condiciones de igualdad y libertad. Su misma condición de vulnerabilidad también afecta a sus presuntas decisiones autónomas. Por eso, hasta Rawls<sup>4</sup> incluyó en su teoría de la justicia, en el segundo principio de diferencia, una llamada a la fraternidad, al señalar que los que aumenten sus beneficios solo puedan hacerlo si con ello disminuyen las desventajas de los menos favorecidos. Para ello se precisa cierta conciencia de condición humana común, cierto sentido y sentimiento de sentirse miembro de una gran comunidad llamada humanidad, en la que todo miembro es digno.

## Nuevas figuras de exclusión

Como nuestra sociedad es acelerada, los perfiles de las personas a las que los servicios sociales tienen que atender también cambian. Para que esa atención sea digna y de calidad hace falta saberlos reconocer, y poner en marcha los programas y profesionales adecuados. También para esquivar el riesgo mercantilista de que si piden, necesitan, y si no, no lo necesitan.

Vale la pena, pues, detenerse en perfiles que no se reconocerían a sí mismos como sujetos de los servicios sociales por considerarlos «asistencialistas» y para pobres desgraciados (aunque la Ley de la Atención a la Dependencia quería cambiar esa mirada). Esas personas no se autoconciben como sujetos de los servicios sociales y, sin embargo, lo son desde los tres factores de riesgo anteriormente expuestos. Son las *nuevas* figuras de la pobreza y de la exclusión. Sin ánimo de enumeración exhaustiva, nos encontraríamos con los siguientes

colectivos: los jóvenes, los adultos con más de 45 años, las familias monoparentales y las personas con diagnósticos previsibles de alta dependencia.

Detengámonos en primer lugar en el colectivo de los jóvenes, con un 50 % en paro. Por supuesto que en él hay de todo. Unos no ven compensados sus esfuerzos y tienen que espabilarse en un entorno hostil de precarización laboral que incita a la mera supervivencia y a la ley de la jungla. Otros, quizás con un exceso de hiperprotección familiar, ni siquiera inician el esfuerzo si pueden permanecer en perennes dependencias que no ayudan a agudizar el ingenio. En la gran mayoría de ellos el deseado modelo —inoculado por nuestra sociedad— de éxito, riqueza y juventud no se cumple, y la falta de proyecto, junto a la postergación de sus posibles planes de independencia, va menguando su estabilidad.

Estos jóvenes se ven a sí mismos como *losers*, arrojados en un puro presente que llenar con entretenimientos. Y el aburrimiento y el tedio —ya lo advirtió Kierkegaard— son la raíz del mal. Se ven a sí mismos —y son vistos por los adultos— como «sin futuro», pues el porvenir ya se vislumbra como la crónica de una dependencia anunciada, como un destino fatídico. En su contra juega, además, el hecho de que su educación no ha sido precisamente estoica. Normalmente en España estos jóvenes han crecido en época de prosperidad, han estado bien dotados materialmente por sus padres y por un Estado del bienestar, todo lo cual, sin embargo, no les ha dotado de recursos morales para soportar con fortaleza, con resiliencia en vocabulario de hoy, lo que les cae encima.

En segundo lugar, hallamos a muchas personas que se acercan, o ya están inmersos, en los temibles y/o terribles 50 años. Repudiados por el mercado laboral, precisamente porque ya no son jóvenes pero sí caros, parece ser que no los quiere o no los va a querer nadie, aun con conocimientos y experiencia. Este colectivo se ve condenado a tener que comenzar, a «reinventarse», procurando afrontar sin nostalgia patológica un porvenir que suele ser laboralmente peor, pero con unas cargas familiares asumidas desde una planificación donde lo improbable devino cruda realidad. Las nuevas formas de exclusión social, más allá de las debidas a «sexo, raza o religión», lo son por motivo de la edad, la nacionalidad, e incluso por exceso de formación y títulos.

En tercer lugar, un colectivo socialmente frágil es el de las personas, con independencia de la edad, cuya estructura familiar, bien por rupturas, bien por proyectos unipersonales, hace complicada la manutención de la o las familias y/o la conciliación de la vida familiar y laboral.

Por último, tenemos el colectivo de las personas dependientes, mayores y no tan mayores, con enfermedad mental o neurodegenerativa, limitaciones funcionales por discapacidad, etc. En muchas de ellas sobrevino la dependencia en una sociedad que confiaba en la capacidad del Estado para asumirla y no fue así; les pilló sin la esperada respuesta de las administraciones y sin «amortiguadores» personales ni familiares.

Que una sociedad sostenga en redes sociales de protección la fragilidad inherente a cualquiera de sus miembros no debería ser una apuesta de caridad cristiana ni de solidaridad voluntaria, ni siquiera un gesto cortés señal de civilización, sino una cuestión de justicia, de derechos y deberes, de respeto a la dignidad, y de solidaridad y fraternidad normativas. Los cambios vertiginosos de las aceleradas sociedades del conocimiento obligan a una continua revisión de los programas sociales si lo que se quiere es atender a la dependencia para promover la autonomía, empoderar en la medida apropiada.

En todos estos colectivos también se suelen juntar los tres factores de riesgo de exclusión social y pobreza: la falta de estabilidad por una situación que les supera, la falta de capacidades para afrontar dicha situación y sus vínculos cotidianos rotos cierran un círculo vicioso que se debe intentar romper en una redistribución más justa de los riesgos. Y debemos hacerlo con ellos, desde ellos, por ellos, y no contra, sobre o sin ellos. Las preposiciones son importantes cuestiones que recordar a la hora de establecer la mirada atenta (respeto), el centro (atención centrada en la persona) y el ritmo *ajustado*.

## Acciones preventivas: contra el efecto Mateo

Como es sabido, el efecto Mateo recuerda que «al que tiene se le dará más y tendrá en abundancia, pero al que no tiene, se le quitará aun lo que tiene»

(Mateo, 13, 12). Pues bien, algo de esto se ha producido con algunas políticas en servicios sociales. Como saber es poder, el que conoce el sistema y tiene capacidad reivindicativa (e incluso pertenece a un *lobby*) tiene más recursos que los más vulnerables, que ni siquiera saben de sus derechos. Otras veces, no obstante, si han tenido la suerte de encontrarse con gente y administración dispuesta a amortiguar su desamparo, han promovido mayor dependencia. En vez de empoderar y generar capacidades se ha atendido la dependencia aumentándola. Romper este círculo vicioso es uno de los objetivos a los que se dirigen las propuestas en las que a continuación nos detendremos.

Citaré diez medidas preventivas con diferentes niveles y actores (individual, profesional, de organizaciones y de políticas públicas), con el objetivo de que no se desposea más a los desposeídos, con ánimo de combatir el riesgo de exclusión y la consiguiente injusticia y fractura social. En el fondo de todas estas propuestas subyace un intento de replantear el modelo de sociedad individualista que ha rebajado las políticas sociales a puntuales acciones de beneficencia sin compromiso social en el combate contra las causas. Y ese combate debe ser siempre dual: ideológico y ejecutivo; ético y eficiente; inteligente y potentemente transformador.

## 1. La corresponsabilidad de la historia personal

El objetivo de toda intervención social, sanitaria o educativa, debe estar basado en la esperanza y en el futuro; debe crear ánimos y fortaleza para combatir fracasos estigmatizantes generados, a veces, por la propia persona (falta de autoestima y confianza en sí mismo), a veces también por la sociedad, cuando no por los propios profesionales si acaban sucumbiendo y claudicando al «de tal palo, tal astilla». La capacidad de creer en las personas para hacerlas capaces de salir adelante es un elemento fundamental de todas las políticas dedicadas a lo psicosocioeducativo. El sistema sanitario y el judicial no están exentos de esa misión. Pero para narrar la propia historia tiene que haber un interlocutor dispuesto a escuchar, interesado en el sentido de lo narrado en primera persona.

Las políticas asistenciales han de contar con el consentimiento de los afectados, pero también con su corresponsabilidad. Se trata de pensar en las intervenciones sanitarias y sociales no solo como episodios puntuales en la historia de la vulnerabilidad o de la enfermedad, sino de tomar conciencia de la historia de vida de esa persona desde una ética narrativa en la que esta se conciba como agente protagonista corresponsable de la intervención y, en general, de su vida. En los servicios sociales esa capacitación para la narratividad, de poner en orden pensamientos, acción y recursos disponibles, es ya parte del «tratamiento». Acoger y reconocer como persona digna y miembro de pleno derecho de la comunidad, la posibilidad de sentirse «uno de los nuestros», es una forma de soslayar ciertos efectos colaterales de dependencia, humillación o resentimiento que un modelo paternalista y asistencialista ha podido generar, degenerando en su misión.

## 2. Crear capacidades infundiendo ambición desde el realismo

Como ya hemos dicho, no se trata de creer ingenuamente que querer es poder: poner límites y asumirlos es también una tarea de responsabilidad personal e institucional. Crear capacidades y empoderar requiere corresponsabilidad del propio destinatario y de los profesionales y organizaciones que intervienen, pero ambos deben asumir su parcela de poder/deber. Ambos deben creer que pueden, pero con conocimiento de sus límites.

Es preciso no olvidar que la ambición es un valor positivo para superar un presente ingrato. Querer salir de un lugar donde nadie quiere estar por el sufrimiento que conlleva, querer más, querer ser más, forma parte de toda tarea educativa y moral. Para ello se lo deben creer todos. Y a veces en los servicios sociales se elaboran para algunas familias compromisos socioeducativos que son misión imposible, dado el contexto en el que estas se hallan. Otras veces, sin embargo, se desarrollan planes de mejora para una persona y se da el caso de que los cumple: con escrupulosa puntualidad asiste a la consulta del psicólogo, a los talleres, a los cursos, etc., pero no mejora su situación, lo que supone una decepción enorme para todas las partes.

A veces el fracaso y la decepción de todos los agentes implicados radican en la falta de verdadera ambición, en una falta de confianza en sí mismos. Y tal falta de confianza se ve incluso entre el resto de la sociedad, que cuestiona la eficiencia de esos servicios (como últimamente se cuestiona, por ejemplo, también la escuela). Pero también es verdad que no siempre se parte de un buen diagnóstico social: o bien no se constató la obsolescencia del programa (cambió el mercado laboral o la política de subvenciones), o se desconsideró la realidad personal original y única ante la que los profesionales se encuentran.

El principio de realidad supone, por ejemplo, no negar la diversidad funcional aunque abogemos por superar su estigmatización y normalizarla. Del mismo modo, promover que las personas realicen talleres para aprender a ser peón de obras no debería desconsiderar cómo en pocos años ha cambiado el sector de la construcción. Los programas y las políticas sucumben a una inercia y estabilización desacordes con los ritmos vertiginosos de la sociedad, las demandas del mercado y los cambios de morales y mentalidades.

### 3. Esquivar cronicidades evitables

La cronicidad inevitable ha de ser atendida, pero existe una cronicidad que será una negligencia del sistema. La planificación y evaluación de los programas debe explicitar cuánto tiempo intervenir y qué planes de mejora establecer para esquivar lo evitable, que nadie quiere para sí. El riesgo cero no existe; siempre hay que apostar con planes B, por si no sale lo que pensábamos o exactamente como pensábamos.

De ese modo, por ejemplo, que las personas menores tuteladas por el Estado sean en su gran mayoría un fracaso escolar es desconsiderar las repercusiones que dicho fracaso va a conllevar: falta de autoestima, absentismo escolar, precarización laboral, exclusión social. Se trata, pues, de asumir que determinadas personas, por su condición de dependencia, van a necesitar ser atendidos por los servicios sociales siempre; pero en otros colectivos y personas la dependencia será síntoma de fracaso en las intervenciones. Y todo ello desmoraliza a las personas atendidas y a los que atienden.

### 4. La anticipación de la dependencia y de la exclusión

Como nos recuerda Jonas, el éxito de la profecía catastrófica radica en que sea desmentida<sup>5</sup>. De ese modo, anticipar escenarios a los que nadie quiere llegar puede ser una manera de evitarlos. Se trata entonces de evitar que quienes entran en los servicios sociales sucumban a las «puertas giratorias», solo que, contrariamente al tópico del colectivo de los políticos, de desgracia.

Los planes anticipados de decisiones pueden ser un buen instrumento para enseñar a planificar, poner orden en la estrategia de fines que perseguir y medios razonables de los que hay que disponer puede ser un buen instrumento a la hora de proponer medidas de intervención, educar las expectativas razonables de los cambios que cabe lograr, así como reconciliarse con la realidad de la que todos deben partir.

### 5. Los vínculos y las redes de apoyo: la gestión del territorio

Hemos de superar una forma de atender en exceso individualista, tanto en cuanto a personas atendidas como a los profesionales que intervienen. En lo que respecta a las personas atendidas suele ocurrir que se trabaja muy personalmente, lo que sin duda es necesario, pero no es suficiente, precisamente porque hablamos de trabajo y educación *social*, y las personas lo son en sus circunstancias y en sus redes de apoyo (o de sumisión). Si la intervención o acción social se queda en un trabajo individual se pueden cometer dos errores: por un lado, creer que con el cambio personal se suceden el resto de cambios; por otro, aumentar más la exclusión al enrarecer la relación del individuo con su entorno.

En lo que respecta a los profesionales, cabe hacer un cambio importante en la coordinación, y no únicamente entre los diferentes niveles sino entre sectores: sanitarios, educativo, social, psicológico. Las redes asistenciales son en exceso sectoriales, y parte de su ineficiencia se debe al desconocimiento de lo que hacen unos y otros. Incluso en el ámbito sociosanitario el guión pesa

mucho, de forma que los servicios sociales sanitarios no son los servicios sociales básicos del ayuntamiento, por ejemplo. Eso se suele constatar en la gestión de la confidencialidad: en nombre de esta se provoca un gran desconocimiento de la historia de las personas; cada uno de los servicios que intervienen tiene acceso a un capítulo, pero no hay narratividad. La iatrogenia institucional y la ineficiencia por falta de coordinación son factores que gestionan porque desestabilizan mucho a la persona e impiden los cambios que los profesionales, cada uno por su lado, quieren efectuar.

## 6. Los factores sociales determinantes de la salud

De forma similar a lo que ocurre en el ámbito clínico, donde se deja de atender y se dan altas a los pacientes porque no colaboran, no ponen de su parte, también en los servicios sociales se olvidan con frecuencia los determinantes sociales que han contribuido a la desatención a su salud, a su formación, a la falta de hábitos de cuidado y autocuidado. No se trata de caer en el asistencialismo, pero tampoco de defender un autonomismo radical, porque eso es condenarlos en nombre de respetar su autonomía. Como consecuencia la persona acaba siendo un «caso imposible» porque no colabora y se le abandona porque así lo quiere él. Altas voluntarias y penalización por incumplimiento de los pactos suelen incurrir en una práctica de maleficencia precisamente por desconsiderar la condición de vulnerabilidad. Aparte del efecto rebote y de oca en oca, de peregrinaje por todos los servicios por los que acaban deambulando.

Sin deseo de caer en el paternalismo, la autonomía relacional implica cierto acompañamiento para no negar la vulnerabilidad, que le puede suponer un aumento mayor de esta por desconsideración, precisamente, de su condición. Auditorías y asesorías a profesionales y personas implica recuperar la alianza más que el contrato. Por eso las éticas del cuidado, la ética narrativa, la de las virtudes, nos recuerdan que la atención a la dependencia que quiera promover la autonomía no puede sin más partir de un sujeto potente y competente: hay que forjarlo, y no permitirle que se ahogue en nombre de una autonomía que nunca tuvo por falta de formación e información, de comprensión de esa información, y por desconocimiento del pronóstico de las decisiones que se

toman. La cuestión acaba siendo qué nivel de riesgo medio razonable en nombre de la autonomía, para no olvidar la vulnerabilidad, se puede asumir.

## 7. La subsidiariedad y el tercer sector: la competencia desleal con la administración

Esa coordinación entre servicios no debe ser solo de administraciones públicas. A veces el ritmo de estas no es lo suficientemente ágil para atender las nuevas situaciones sociales que generan exclusión, y sí lo son los de las organizaciones de la sociedad civil, el llamado tercer sector. Sin embargo, entre estas y la administración ha existido con frecuencia cierta competencia desleal, más que una verdadera cooperación basada en una delegación responsable de tareas. Se trata entonces de tomar en serio el principio de subsidiariedad. La crisis del Estado del bienestar no significa necesariamente que el Estado deje de hacer todo lo que hasta ahora hacía y someterlo al ámbito del mercado. Hay determinadas causas, como son las sociales, que, si bien no se trata de demonizar el afán de lucro, sí vale la pena pensar; por ejemplo, en si se marcan diferencias en cómo se distribuyen los beneficios, si entre los accionistas o entre las personas atendidas.

Explicitar el papel de cada uno de los agentes que intervienen, la asunción de cargos por parte de quien en mejores condiciones esté de hacerlo, no puede dejarse en manos de las políticas sociales ideológicas del partido que esté en el poder. Los programas de intervención en poblaciones vulnerables deberían acotar dinámicas de mercado, evitando asimismo discontinuidades que condenan a un perpetuo adanismo según la idea brillante que tenga el político del momento.

## 8. Las políticas públicas y privadas de empleo, de créditos y de auditorías

El acceso al mercado laboral y a créditos razonables son dos factores claves en la creación de capacidades. Sin embargo, las poblaciones vulnerables se hallan precisamente expuestas a estos dos riesgos: por un lado, a la exclusión

del mercado laboral o a un trabajo muy precario, y, por otro, a una política de créditos que les considera, desde una autonomía liberal, plenamente capaces de gestionar sus riesgos. Las poblaciones vulnerables se endeudan precisamente en razón de ese círculo de falta de trabajo, petición de créditos y mayor endeudamiento.

Las políticas, públicas y privadas, y los programas sociales deben contar con mejores evidencias. La pregunta sobre cuál es el tiempo prudencial y qué riesgos evitables hay que gestionar, forma parte de una buena rendición de cuentas públicas sobre el impacto de los servicios, y no solo las acciones efectuadas o los presupuestos ejecutados.

## 9. La evaluación de los programas

Las evidencias en educación e inclusión social existen, pero deben considerarse a medio y a largo plazo. La mejora de los diagnósticos sociales y la detección de servicios «tóxicos» requieren de la creación de centros de estudios sociales donde sea fácil tener acceso a datos para la investigación sin que se devuelva por respuesta que eso forma parte del ámbito de la confidencialidad.

Recuperar la capacidad de confiar en otros cuando la historia personal está llena de traiciones y suspicacias requiere de unos servicios cercanos, accesibles, nada burocratizados, porque la imparcialidad de la justicia no debería ser impersonalidad. Una justicia compasiva requiere de profesionales virtuosos, y eso se educa en comunidad, explicitando el modelo de atención y de profesional que se quiere. La selección de profesionales ya no es solo cuestión de competencia técnica: el compromiso ético es clave, y eso se puede medir, pero de otra manera. Una de estas maneras es la satisfacción de los afectados, de los profesionales que les rodean y de la eficiencia en lo que se logra.

La gestión de la calidad, ya se sabe, pasa por agencias independientes de las políticas públicas educativas, sociales, sanitarias y judiciales. Y los servicios sociales han sido como el hermano pobre de la administración. No basta con dotarlo económicamente, hace falta también dotarlo de conocimiento, investigación y evaluación en aras de la mejora continua.

## 10. Sociedades solidarias, fraternales, compasivas y capaces de perdonar

En último término está en cuestión el modelo de sociedad que queremos. Las sociedades del conocimiento, en la aldea global, con capacidad posconvencional para gestionar sus cambios y crear mundos, deben hacer real el deseado paso hegeliano, para salir del solipsismo cartesiano, del yo al nosotros. Forjar vínculos sólidos, de raíces profundas y estables, requiere de comunidades de pertenencia y de causas superiores al mero yo<sup>6</sup> por las cuales movilizarse *juntos*<sup>7,8</sup>. Todo lo cual exige una ética aplicada reivindicativa —se acabó la *pax* bioética—, con capacidad de hacerse escuchar en los órganos de poder. Necesitamos otra biopolítica, no de sumisión sino de emancipación<sup>9</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Nussbaum, M. C. *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós, 2007.
2. Brey, A.; Innerarity, D., y Mayos, G. *La sociedad de la ignorancia y otros ensayos*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2012.
3. Bauman, Z. *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2005.
4. Rawls, J. *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2000.
5. Jonas, H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder, 1995.
6. Taylor, C. *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós, 1994.
7. Sennett, R. *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del Trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama, 2000.
8. Sennett, R. *Juntos. Rituales, placeres y política de cooperación*. Barcelona: Anagrama, 2012.
9. Quintanas, A. *El trasfondo biopolítico de la bioética*, Girona: Documenta Universitaria, 2013.

**Los efectos de la crisis  
sobre la salud mental.  
El caso del suicidio:  
¿realidad o mito?**

**María José Fernández Sanmamed**  
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria*

**Antonio Casado da Rocha**  
*Universidad del País Vasco / Euskal Herriko  
Unibertsitatea*

## Impacto de la recesión económica y de las llamadas «políticas de austeridad» en la salud mental de las personas y las comunidades

María José Fernández Sanmamed

*«If the major determinants of health are social, so must be the remedies.»*

Michael Marmot

### Introducción

¿De qué manera afecta la actual recesión económica a la salud de las poblaciones y a qué poblaciones afecta más? ¿Afecta a la salud mental? Y en caso afirmativo, ¿cómo afecta? En la actual recesión económica disponemos de muchos datos económicos y de los cambios producidos en las condiciones de vida de las poblaciones, pero sabemos poco sobre el impacto en su salud.

Acerca del efecto en la salud de las crisis económicas existe abundante literatura, y en ella podemos encontrar controversia<sup>1</sup>: desde autores que niegan los efectos sobre la salud<sup>2</sup> o afirman que en el cómputo global los efectos podrían considerarse positivos, hasta autores que hablan de catástrofe social con repercusiones muy importantes sobre la salud<sup>3</sup>.

El impacto de las recesiones económicas en las poblaciones es diferente en cada crisis económica y en cada país. Depende del tipo de recesión, de su duración e intensidad, de los cambios económicos que provoca y de la velocidad de estos. También depende de la situación política, social y económica previa a la crisis, de las desigualdades sociales y la distribución de la riqueza, de los mecanismos de protección familiares y colectivos, y de las medidas adoptadas por los Estados para proteger a las personas más afectadas por la recesión<sup>4-6</sup>.

También se ha de tener en cuenta que, como explicitan Rico y Blakey<sup>4</sup>, el efecto no siempre es inmediato y hay que prestar mucha atención a los efectos a medio y largo plazo. Mientras que los cambios económicos son muy rápidos, los efectos sobre la salud pueden ser lentos y manifestarse al cabo de muchos años. Además, los efectos pueden ser irreversibles, sobre todo cuando afectaron en edades tempranas de la vida.

### Los determinantes sociales de la salud

Para abordar el tema tomaremos como base el modelo de los condicionantes sociales de la salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que afirma que la posición socioeconómica, las desigualdades sociales, la distribución de la riqueza y el acceso a los bienes materiales básicos son los determinantes más importantes de la salud de las personas, tanto a nivel grupal como individual. La exposición a situaciones de estrés como el paro, el trabajo precario o las condiciones precarias de vivienda son factores asociados al aumento de problemas de salud y al incremento de los gradientes sociales existentes en la salud de las poblaciones.

El papel de los determinantes sociales de la salud es esencial en la influencia de las crisis económicas sobre la salud<sup>7</sup>. El aumento de las desigualdades y de los gradientes sociales se asocia con peores resultados en salud a corto, medio y largo plazo. Numerosos estudios de cohortes llevados a cabo durante el siglo xx han puesto de manifiesto la importancia de los determinantes sociales de la salud —las causas de las causas, según los epidemiólogos sociales— en los resultados en salud, en el rendimiento académico y en la integración social a lo largo de la vida<sup>8</sup>.

En períodos de crisis, el aumento del desempleo y de la precariedad laboral se asocia con un aumento de la pobreza, la restricción de los presupuestos individuales y familiares para las necesidades básicas de la vida y peor salud. El empeoramiento de las condiciones de la vivienda también se asocia con peores resultados en salud. El aumento de los costos de la energía y de los alimentos restringe los presupuestos familiares para alimentación y tiene un

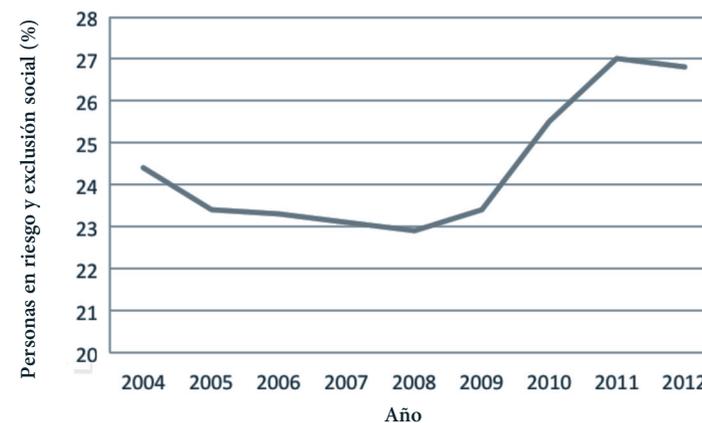
impacto más negativo en la población con menos recursos. Es universalmente aceptado que el impacto de las crisis afecta a las poblaciones más vulnerables, como, por ejemplo, la población infantil, las personas dependientes, las familias con menos recursos económicos y los individuos con menor nivel de estudios. Quienes sufren situación de desempleo de larga duración, los inmigrantes y especialmente aquellos en situación administrativa irregular y los grupos en riesgo de exclusión social (con pobreza extrema, personas sin techo) son otros grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.

La actual recesión económica empezó en Estados Unidos en 2007, y durante el año 2008 alcanzó Europa. Señalar una fecha exacta del comienzo de la crisis en nuestro país no es fácil, pero la mayoría de los autores la marcan entre el segundo y el tercer trimestre de 2008. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), fue el momento en el que el paro subió del 8 % al 10 % y al 13 %, respectivamente, en los dos trimestres, y el producto interior bruto (PIB) comenzó a contraerse: 0 y -0,8 %, respectivamente. El cuarto trimestre de 2008 fue el segundo consecutivo de caída intertrimestral del PIB, y las ejecuciones hipotecarias aumentaron exponencialmente<sup>9</sup>.

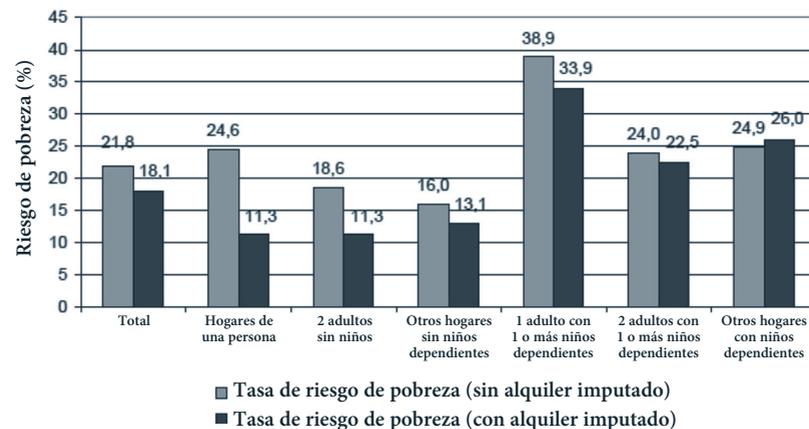
En la crisis económica de la década de 1990 que afectó a los países del Este, la mortalidad y la esperanza de vida de las poblaciones se vieron negativamente afectadas y aumentaron las inequidades<sup>10,11</sup>. No obstante, esta afectación fue muy diferente entre los países, siendo elevada en países como Rusia y muy inferior en otros como Bielorrusia, e incluso en Finlandia disminuyó la mortalidad. En Finlandia y Suecia, durante el período de recesión económica se produjo un gran aumento del desempleo, pero no se produjeron cambios en la salud<sup>12-14</sup>. Los autores que estudian estas diferencias lo atribuyen, entre otros factores, al diferente capital social de que disponían los países y a las políticas de protección social y estímulo del empleo que los Estados implantaron para minimizar los efectos de la crisis.

En la recesión actual, las medidas de recortes sociales —llamadas medidas de austeridad— que se están implantando en la mayoría de los países de Europa no solo no van en el sentido de aminorar los efectos de la recesión, sino que se están convirtiendo en parte del problema, ya que están empeorando las condiciones de vida de las poblaciones y aumentando las desigualdades.

España es el país de Europa donde más han aumentado las desigualdades sociales con la crisis. Entre las familias más y menos bienestantes las desigualdades han aumentado más del 20 % entre 2005 y 2012. La tasa de desempleo en población activa era del 8 % a final de 2007 y del 26 % a final de 2013, y en población de 16-24 años aumentó del 15 % en 2005 al 52 % en 2012 (INE, disponible en: <http://www.ine.es/>). La población infantil que vive en hogares con todos sus miembros desempleados pasó del 3 % en 2003 al 11 % en 2011 y al 16,6 % en 2012<sup>15</sup>. El riesgo de pobreza y exclusión social ha aumentado desde el inicio de la crisis (fig. 1), 1 de cada 4 niños vive en hogares por debajo del umbral de la pobreza (fig. 2), y se ha señalado que la infancia es el grupo poblacional en mayor riesgo de exclusión social cuando se compara con el resto de la población<sup>16,17</sup>. Un informe de Cáritas<sup>18</sup> muestra que el número de solicitudes de ayuda aumentó de 900.000 en 2007 hasta 1,8 millones en 2010. Las demandas más frecuentes de los individuos y las familias fueron por alimentos, vivienda, búsqueda de empleo, asesoramiento jurídico y apoyo psicológico.



**Figura 1.** Porcentaje de personas en riesgo de pobreza y exclusión social en España. La población en riesgo de pobreza incluye las personas cuya renta disponible es el 60 % de la mediana de los ingresos de la población de referencia. Fuente: EUROSTAT.



**Figura 2.** Tasa de riesgo de pobreza según el tipo de hogar en España en 2011. Fuente: Encuesta de condiciones de vida del Instituto Nacional de Estadística.

## Efectos de la recesión económica y de las políticas de recortes sociales en la salud mental

### Qué conocemos de crisis previas

A pesar de la diversidad de diseños, instrumentos diagnósticos e indicadores utilizados y de los defectos metodológicos de algunos de los estudios, la literatura es bastante consistente, y es un hecho aceptado que el sufrimiento mental aumenta en las recesiones económicas. Este hecho está muy ligado al paro, la inseguridad laboral, el endeudamiento y los problemas económicos, así como la inestabilidad en la vivienda<sup>19</sup>.

Según un metanálisis de más de 300 estudios sobre los efectos del paro en la salud mental realizado por Paul y Moser<sup>20</sup>, la prevalencia de trastornos men-

tales es el doble en las personas en paro que en las que trabajan. Los trastornos mentales son más prevalentes en trabajadores manuales en paro y parados de larga duración, y en los países con más desigualdades.

En nuestro país, los estudios de Artazcoz, Borrell y Benach<sup>21,22</sup> muestran también que la precariedad laboral se asocia con pobre salud mental, siendo la probabilidad de sufrir un trastorno mental tres veces superior entre hombres en paro que en los no parados, y 1,5 veces mayor en mujeres paradas.

También se ha descrito aumento del consumo de alcohol y de otras sustancias en población general, aumento de enfermedades relacionadas con los consumos en adolescentes y adultos jóvenes, y aumento de la violencia y los homicidios.

Algunos autores atribuyen las diferencias entre países en las repercusiones del paro sobre la salud mental a la puesta en marcha de políticas de promoción del trabajo y de protección social, de tal forma que los países que las implantan han podido minimizar las repercusiones sobre la salud mental de sus poblaciones<sup>23</sup>.

### Qué datos tenemos de la crisis actual en el mundo

Hay abundantes estudios y cada día aumentan las publicaciones sobre salud mental y crisis actual. De nuevo los resultados nos hablan de un incremento de los trastornos mentales muy ligado al estrés económico, al paro y a la inseguridad laboral, así como a los problemas económicos y de vivienda.

A título de ejemplo presentamos tres estudios realizados en diferentes países y diferentes poblaciones:

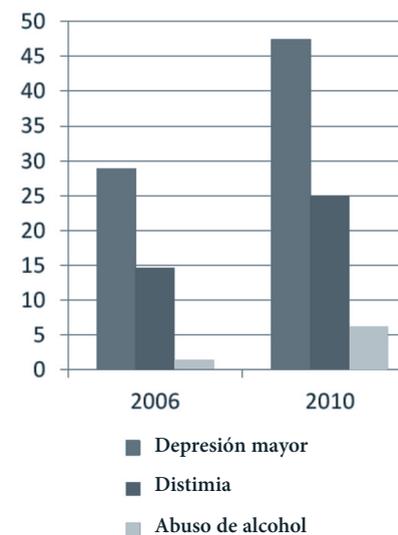
- Encuesta a una muestra representativa de la población de Grecia realizada en 2008 y replicada en 2011<sup>24</sup>. Los resultados muestran que la depresión mayor aumentó significativamente, pasando de 2,4 % a 6,7 % en hombres y de 3,8 % a 9,9 % en mujeres. Además se encontraron diferencias significativas al comparar personas con alto y con bajo estrés económico.

- Estudio longitudinal realizado en Detroit<sup>25</sup> a 1.547 personas a las que se les realizaron dos encuestas, una en 2008 y otra en 2009. Como resultado destaca que los juicios hipotecarios fueron predictivos de síntomas de depresión y de trastorno de ansiedad, controlados los datos por los resultados de la primera ronda.
- Entrevista psiquiátrica telefónica<sup>26</sup> realizada a 3.579 trabajadores de Alberta, en Canadá, en enero de 2008 y repetida en octubre de 2009. La prevalencia de depresión pasó de 5,1 % a 7,6 %, y la distimia de 0,4 % a 1,5 %.

### Qué datos tenemos de la crisis actual en el Estado español

En nuestro país no disponemos de muchos estudios sobre salud mental y recesión económica. El estudio citado más veces es el de Gili<sup>27</sup>, un estudio realizado en población atendida en atención primaria, que utiliza un instrumento de cribado, el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire for depressive symptoms* (PRIME-MD, especificidad, 81 %; sensibilidad, 66 %), que se administró a 7.940 y 5.876 pacientes en 2006 y 2010, respectivamente. El estudio concluye que aumentaron todos los trastornos mentales en 2011 respecto a 2006 (fig. 3). Además, el riesgo es mayor en parados, personas con problemas para pagar la hipoteca y personas desahuciadas de la vivienda. Así, el riesgo de depresión es mayor en personas en paro (*odds ratio* 1,72) y en aquellas con problemas de hipoteca (*odds ratio* 2,12), y es 3 veces superior en personas que han sido desahuciadas de sus casas (*odds ratio* 2,95).

Conviene señalar que las prevalencias encontradas son elevadísimas y que ello se debe a un sobrediagnóstico, probablemente relacionado con los instrumentos de medida utilizados. No obstante, el estudio tiene la fortaleza de que se replicó en 2006 y 2011 en la misma población y con la misma metodología, y expresa sin duda el aumento de síntomas y sufrimiento psicológico.



**Figura 3.** Prevalencia de depresión, distimia y abuso de alcohol en población atendida en atención primaria en 2006 y 2010<sup>27</sup>.

También en el estudio de Bartoll<sup>28</sup> se analiza la evolución del riesgo de mala salud mental en España en población de 16 a 64 años entre 2006-2007 y 2011-2012, a través de los datos obtenidos en la *Encuesta Nacional de Salud* (ENSE). Los datos analizados se recogen en la ENSE a través del *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Los resultados sugieren un incremento del riesgo de mala salud mental en los hombres, mientras que permanece estable entre las mujeres. El incremento fue mayor en los grupos de hombres de 35-44 y 45-54 años, en la clase social IV (I, clase más elevada; V, clase más desfavorecida), las personas con estudios primarios o secundarios y las personas que más aportan al presupuesto familiar, aunque la mayor parte de estas asociaciones son atribuibles al estatus laboral.

## Efectos de la recesión económica y de las políticas de recortes sociales en el suicidio

El suicidio se podría considerar un *proxy* de mala salud mental, y aunque no siempre es atribuible a un trastorno mental, es indicativo de sufrimiento y distrés. Independientemente de si aumenta o no con la crisis, cada año mueren en el Estado español más de 3.000 personas por esta causa (más que en accidentes de tráfico), por lo que debería ser considerado un problema importante de salud pública.

Conviene también recordar que detrás de las muertes por suicidio hay muchas tentativas que, por suerte, no acaban en muerte, y que hay suicidios encubiertos, suicidios de baja intensidad, como los relativos a consumos, exposiciones a riesgos, etc.

### Qué conocimiento tenemos de crisis previas

Las revisiones sistemáticas realizadas por Falagas<sup>29</sup> y Milner<sup>30</sup> son dos excelentes síntesis del conocimiento obtenido en recesiones económicas previas sobre el suicidio. Estos estudios nos indican que la mortalidad por suicidio aumenta, y lo hace sobre todo en hombres en edad laboral.

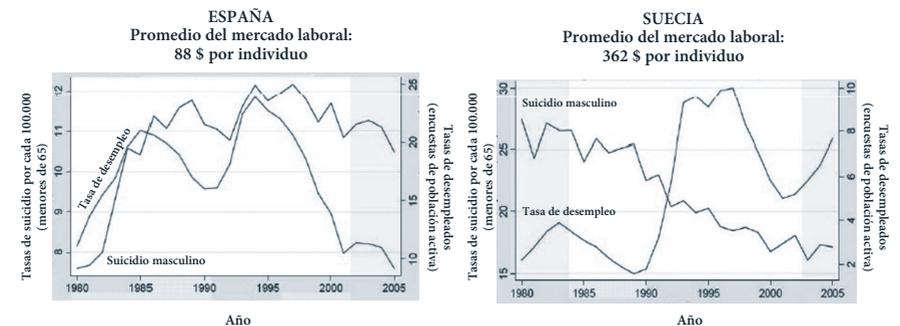
En estas dos revisiones aparece el desempleo asociado al aumento de mortalidad por suicidio y básicamente el desempleo de larga duración<sup>30</sup>. Este riesgo es mayor en los primeros 5 años de desempleo, pero persiste durante 16 años después de perder el trabajo.

Se sabe también que la mortalidad por suicidio en épocas de crisis se puede contrarrestar con medidas de protección social y políticas de trabajo. Así, en Finlandia, en la crisis de 1990-1993 el paro subió hasta el 16,5 % (de 3,2 %) y no aumentaron los suicidios<sup>12-14</sup>, lo que contrasta con lo ocurrido en Rusia, donde la mortalidad por suicidio aumentó significativamente<sup>10</sup>.

Un ejemplo más de lo anterior es la comparación realizada entre España y Suecia sobre la asociación entre tasa de paro y tasas de suicidio entre 1980 y 2005. Mientras que en España hay una clara asociación entre paro y suici-

dios y estos aumentan al aumentar el paro, en Suecia no se observa esta asociación<sup>31</sup> (fig. 4).

Los datos de la Unión Europea indican que el aumento del desempleo no aumenta las cifras de suicidio cuando se gastan en programas sociales más de 190 dólares por persona y año<sup>31</sup>. La misma hipótesis se plantea desde el sentido opuesto, al encontrar una asociación entre el incremento del suicidio y la reducción del gasto en políticas sociales<sup>32</sup>.



**Figura 4.** Tasas de desempleo y tasas de suicidio por 100.000 hombres en Suecia y España, entre 1980 y 2005<sup>31</sup>, que demuestran la asociación (en España) o falta de asociación (en Suecia) entre desempleo y suicidios.

### Qué datos tenemos sobre el suicidio en la crisis actual en el mundo

Los estudios actualmente existentes sobre mortalidad por suicidio en la crisis actual son, en general, estudios de tendencias-series temporales. Calculan el exceso de muertes por suicidio cuando se comparan las cifras con las muertes esperadas si hubiera continuado la tendencia de mortalidad por suicidio del período previo a la crisis. A pesar de las posibles debilidades atribuidas a los estudios de tendencias (dificultad de establecer relaciones

causales entre la crisis y el incremento de suicidios, comportamiento cíclico de los suicidios, períodos de tiempo cortos para comparar series temporales, etc.), la gran mayoría de los estudios de tendencias son concordantes y ponen de manifiesto incrementos en el número de suicidios durante los años que llevamos de crisis: 4.750 muertes adicionales en Estados Unidos de 2007 a 2010<sup>33</sup>, 846 muertes adicionales de 2008 a 2010 en Inglaterra<sup>34</sup>, e incrementos del número de suicidios de 2008 a 2010 en todos los países de la Unión Europea<sup>3,35</sup>.

Un reciente estudio que analiza la mortalidad por suicidio en 54 países de Europa, América y Asia durante el año 2009 comparada con la esperada según la tendencia de mortalidad por suicidio de 2000 a 2007, estima que ha habido 4.884 muertes adicionales por suicidio. El incremento es mayor en hombres de 15 a 24 años en Europa y de 45 a 64 años en América, y se asocia con la magnitud del desempleo. En mujeres no hubo incremento en Europa, y en América fue muy inferior al de los hombres<sup>36</sup>.

Destacamos una publicación reciente realizada en Italia que estudia las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidios de los años 2006-2007 en población mayor de 15 años y las compara con las tasas de 2008-2010. El estudio muestra un incremento de un 12 % en la mortalidad por suicidio entre los años 2008 y 2010 en hombres de 25-64 años, mientras que no se incrementó significativamente en hombres menores de 25 y mayores de 64 años, y decreció en mujeres de todas las edades<sup>37</sup>.

## Qué datos tenemos de la crisis actual en el Estado español

Las tasas de suicidio en el Estado español son mucho más elevadas en hombres que en mujeres, y aumentaron significativamente de 1981 a 1990. Después se estabilizaron y en 1993 comenzaron a decrecer en todos los grupos de edad, aunque en menor medida en hombres de 35-44 y 45-55 años<sup>38,39</sup>. En 2008-2009 parece existir un incremento, sobre todo en hombres de 45-54 años, pero este incremento no se mantiene en años posteriores y no está bien estudiado. Tanto el estudio de Salmerón<sup>38</sup> como el de Álvaro-Meca<sup>39</sup> mues-

tran diferencias geográficas en las tasas de suicidio, que son superiores en las zonas rurales y en las comunidades con mayores tasas de desempleo.

Aunque muy criticado en sus aspectos metodológicos (fecha de inicio de la crisis, agrupación de zonas geográficas con distinto nivel de desempleo, etc.), no podemos obviar el estudio de tendencias en la mortalidad por suicidio de los años 2008-2010 que comparaba la mortalidad de años previos, realizado por López Bernal<sup>40</sup>. El estudio concluye que en estos 3 años de crisis se produjo un incremento del 8 % de los suicidios, lo que representa unos 680 suicidios adicionales. Este incremento es muy superior en hombres en edades laborales.

## Conclusión

Este repaso por la evidencia sobre la mortalidad por suicidio nos lleva a concluir que está bien documentado que la mortalidad por suicidio aumentó en hombres en edad laboral en crisis anteriores, pero que en la crisis actual la mayoría de los estudios lo son de tendencias de series temporales, y tienen las suficientes limitaciones como para no poder afirmar fehacientemente que la mortalidad por esta causa está aumentando con la presente crisis. No obstante, todos los estudios de tendencias van en la misma dirección, y los primeros que empiezan a publicarse de tasas estandarizadas, también. Ello, unido a las noticias de suicidios directamente relacionados con desahucios, ejecuciones hipotecarias, despidos y otras situaciones de estrés debidas a la recesión, nos sitúan delante de muertes atribuibles a la crisis y claramente evitables.

En este sentido es interesante escuchar las narrativas de los afectados y el estudio cualitativo realizado por el Observatori de Salut Mental de Catalunya<sup>41</sup>, que «recoge los relatos, las quejas y los malestares de las personas que acuden a los servicios sociales de atención primaria por causas directamente relacionadas con la crisis económica» y pone de manifiesto que en los relatos predominan referencias a la pérdida de control sobre la propia vida, a la desesperación, sentimientos de inutilidad y la ideación de muerte. Hablan de

los pensamientos y las vivencias de desesperanza y de la inutilidad de sus esfuerzos personales para resolver el problema, ideas que muestran una posición pasiva ante el suicidio.

Lo cual es concordante con otros estudios de ideación autolítica, como el realizado en Grecia<sup>42</sup> mediante encuestas telefónicas efectuadas en 2009 y 2011, en el que la ideación suicida aumentó significativamente, pasando de 5,2 % a 6,7 %, y también se comprobó un incremento significativo de las personas que declararon tentativa autolítica reciente, que pasó de 1,1 % a 1,5 %.

## Resumen de la evidencia

- La recesión y la respuesta política de austeridad han empeorado sensiblemente los determinantes sociales de la salud de las poblaciones y aumentado las desigualdades sociales.
- Con la información disponible hay dificultades para establecer asociaciones causales entre la recesión y los resultados en salud cuando se quiere analizar el impacto inmediato.
- No obstante, sabemos que el empeoramiento de los determinantes sociales provocará efectos a corto, medio y largo plazo, y que algunos de estos efectos pueden ser indelebles.
- La falta de indicadores *ad hoc* y las mejoras en algunos grupos poblacionales pueden estar enmascarando el empeoramiento de los grupos más afectados y vulnerables.
- A pesar de las deficiencias metodológicas de los estudios, la literatura, tanto de crisis anteriores como de la actual, indica que hay una relación entre recesión económica y el incremento del sufrimiento emocional ligado al paro, a la inestabilidad económica y a los problemas de vivienda.
- Los datos que tenemos sobre suicidio no son concluyentes, pero hay muchos indicios de que algo está pasando. No obstante, hemos de

tener en cuenta que el suicidio es la punta del iceberg, ya que es probable que aumente mucho el sufrimiento mental y la ideación autolítica pero que sean pocos los casos que pasen al acto.

## ¿Qué podemos hacer como profesionales de salud pública y como profesionales sociosanitarios?

Podemos comprometernos con los afectados y visibilizar los efectos de la precariedad y la crisis en la salud<sup>43</sup>, considerar estos efectos como un problema de salud pública. Y ello implica construir y estudiar indicadores específicos *ad hoc*, tal como lo está haciendo el *Institute of Health and Equity* (<http://www.instituteoftheequity.org/>), monitorizar las desigualdades y estudiar las consecuencias en los grupos vulnerables<sup>7</sup>, minimizando el valor de los promedios. Estudios por clase social, por parados y trabajadores precarios, de jóvenes, con personas con problemas de vivienda-desahuciadas, por comunidades autónomas, con emigrantes, etc., son hoy más importantes que nunca. Señalamos en este sentido el trabajo sobre salud percibida y salud mental realizado por el CIBER de Epidemiología y la Agència de Salut Pública de Barcelona en personas atendidas por Cáritas Diocesanas de Barcelona<sup>44</sup>.

Sobre la visualización de las consecuencias de la recesión hay un tema polémico, que es la visualización del suicidio. Los expertos llaman a la calma en la información sobre este tema y temen que se produzca el llamado efecto Werther. Este efecto toma su nombre de la novela *Las penas del joven Werther* de Goethe, publicada en 1774, en la que el protagonista se quita la vida. La novela, muy popular entre los jóvenes de la época, provocó que varios llegaran a suicidarse imitando al protagonista. El término hace referencia al efecto imitación de la conducta suicida cuando se publican noticias de suicidios, en general de artistas o personas famosas. No obstante, también los expertos hablan del efecto Papageno<sup>45</sup>, basado en la ópera de Mozart *La flauta mágica*, en la que Papageno, ante la pérdida de su amada, se plantea el suicidio, pero se abstiene cuando tres jóvenes le proporcionan alternativas

para afrontar el sufrimiento. Y esto es lo que proponen también asociaciones civiles y grupos de apoyo mutuo, como la plataforma de afectados por la hipoteca: informar, pero ofrecer alternativas al mismo tiempo.

También es importante estudiar y profundizar en la epidemiología de la resiliencia y del capital-cohesión social, ya que el conocimiento de los factores protectores permitirá mejorar las políticas que se vayan a implantar<sup>46-48</sup>.

Pero no nos podemos quedar solo en la vigilancia y el estudio de las consecuencias de la crisis; hemos de poner en práctica políticas de salud pública y acciones desde los servicios de salud. Pero, ¿qué acciones? ¿Cómo abordar el sufrimiento emocional reactivo a las situaciones de precariedad provocadas por la recesión? Sufrimiento que, como dice repetidamente Josep Moya, presidente del Observatori de Salut Mental de Catalunya, se acabaría si la persona consigue un trabajo o el banco le condona la deuda, lo que indica que no se debe a un trastorno mental.

La tendencia del sistema sanitario es transformar las causas sociales en personales y el sufrimiento psicológico en causas biológicas y, como consecuencia, medicalizar el sufrimiento provocado por estrés social.

La medicalización supone tratar a estas personas como sujetos pasivos, incapaces de liberarse, y conduce a invisibilizar los problemas sociales e individuales. Repite la victimización y resta autonomía, haciendo a las personas dependientes de los fármacos y de lo sanitario.

Hemos de recuperar las narrativas, las historias de vida, donde las víctimas de esta catástrofe social tengan un lugar preponderante y recuperen la palabra y la confianza en poder ser escuchados y comprendidos.

Este proceso significa recorrer el camino contrario al expuesto anteriormente, es decir, pasar de lo invisible a lo visible, de lo individual a lo colectivo y de la victimización al empoderamiento y a acciones efectivas de recuperación de la dignidad de las personas. Se trata, pues, de crear y fomentar intervenciones que creen vínculos, apoyo mutuo, redes de apoyo. Acciones no asistencialistas, sino que empoderen.

En este momento hay toda una serie de iniciativas, movimientos y redes sociales que están actuando en esta línea y que seguramente son las que están trabajando de forma más efectiva por la prevención de la enfermedad mental de las personas afectadas por la crisis.

Experiencias como la impulsada por Comisiones Obreras de Catalunya de grupos de apoyo emocional y ayuda mutua para personas en situación de paro de larga duración, *El silencio roto* de Fuenlabrada para hombres en paro de 40 a 60 años, comentado en este mismo foro por Ildefonso Hernández (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/08/26/el-silencio-roto/>), o las experiencias impulsadas por el Observatori de Salut Mental de Catalunya (<http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Impacte/Default.htm>) con personas que acuden a servicios sociales, van en este sentido.

## A modo de cierre

La fundada preocupación sobre las consecuencias en la salud de la recesión económica global y las políticas de reducción del gasto social, y muy particularmente en la salud mental de las poblaciones, en especial las más vulnerables, nos lleva a los profesionales de salud pública y sociosanitarios a estar vigilantes sobre estos efectos a corto, medio y largo plazo, a implicarnos en la investigación sobre el tema y mejorarla, y sobre todo a impulsar acciones prácticas que empoderen a los grupos y colectivos afectados y ayuden a mitigar las consecuencias. Tanto los sistemas de salud como los políticos deben considerar las consecuencias de la recesión en la salud mental de su población, y muy posiblemente en los suicidios, un problema de salud pública de primer orden, y actuar en consecuencia.

## Referencias bibliográficas

1. López Casasnovas, L. «Crisis económica, regresión de renta, desigualdades en salud», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 52, 2012, págs. 43-44.

2. Regidor, E.; Barrio, G.; Bravo, M. J., *et al.* «Has health in Spain been declining since the economic crisis?», *J Epidemiol Community Health*, 2013. Disponible en: doi:10.1136/jech-2013-202944
3. Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M., *et al.* «Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data», *Lancet*, 378, 2011, págs. 124-125.
4. Rico, A., y Blakey, E. «El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos». En: Martín Patino, J. M.; Blanco, A.; Chueca, A., *et al.* (comps.). *Una interpretación de la realidad social. Informe 2012*. Madrid: Fundación Encuentro, 2012.
5. Lundberg, M., y Wuerml, A. *Children and Youth in crisis*. Washington: The World Bank, 2012.
6. Dávila Quintana, C. D., y López-Valcárcel, B. «Crisis económica y salud», *Gac Sanit*, 23, 2009, págs. 261-265.
7. Marmot, M., y Goldblatt, P. «Importance of monitoring health inequalities», *BMJ*, 347, 2013, pág. f6576. Disponible en: doi:10.1136/bmj.f6576
8. Starfield B. «Social gradients and child health». En: Heggenhuogen, H. K., y Quah, S. R. (comps.). *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press, 6, 2008, págs. 87-101.
9. Colau, A., y Alemany, A. *Vidas hipotecadas*. Barcelona: Cuadrilátero de libros, 2012. Disponible en: <http://www.afectadosporlahipoteca.com/wp-content/uploads/2012/12/vidas-hipotecadas1.pdf>
10. Stuckler, D.; King, L., y McKee, M. «Mass privatisation and the post-communist mortality crisis», *Lancet*, 373, 2009, págs. 399-407.
11. McKee, M. «Substance use and social and economic transition: the need for evidence», *Int J Drug Policy*, 13, 2002, págs. 453-459.
12. Lahelma, E.; Kivelä, K.; Roos, E., *et al.* «Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states», *Soc Sci Med*, 55, 2002, págs. 609-625.
13. Hintikka, J.; Saarinen, P. I., y Viinamäki, H. «Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995», *Scand J Public Health*, 27, 1999, págs. 85-88.
14. Ostamo, A., y Lönnqvist, J. «Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997», *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol*, 36, 2001, págs. 354-360.
15. Rajmil, L., y Fernández de Sanmamed, M. J. «Destruction of a less developed welfare state and impact on the weakest, the youths», *BMJ*, 2012. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973?tab=responsesGonzález->
16. Bueno, G.; Bellos, A., y Arias, M. *La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños*. Madrid: UNICEF España, 2012.
17. Navarro, V., y Clua-Losada, M. *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*. Barcelona: Observatorio Social de España, 2012.
18. Cáritas. *De la coyuntura a la estructura. Los efectos permanentes de la crisis. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social*. Madrid: Cáritas, 2013.
19. Zivin, K.; Paczkowski, M., y Galea, S. «Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities», *Psychol Med*, 41, 2011, págs. 1343-1348.
20. Paul, K. I., y Moser, K. «Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence», *J Occupational Org Psychol*, 79, 2010, págs. 595-621.
21. Vives, A.; Amable, M.; Ferrer, M., *et al.* «Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health», *J Env Public Health*, 2013. Disponible en: doi.org/10.1155/2013/978656
22. Artazcoz, L.; Benach, J.; Borrell, C., *et al.* «Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class», *Am J Public Health*, 94, 2004, págs. 82-89.

23. Organización Mundial de la Salud. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. Disponible en: [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)
24. Economou, M.; Madianos, M.; Peppou, L. E., *et al.* «Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece», *J Affect Disord*, 145, 2013, págs. 308-314.
25. McLaughlin, K. A.; Standish, K.; Abrams, R. C., *et al.* «Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis», *Psychol Med*, 42, 2012, págs. 1441-1448.
26. Wang, J.; Smailes, E.; Sareen, J., *et al.* «The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global crisis», *Can J Psychiatry*, 55, 2010, págs. 598-606.
27. Gili, M.; Roca, M.; Basu, S., *et al.* «The mental health risks of economic crisis in Spain: evidences from primary care centers, 2006 and 2010», *Eur J Public Health*, 23, 2013, págs. 103-108.
28. Bartoll, X.; Palencia, L.; Malmusi, D., *et al.* «The evolution of mental health in Spain during the economic crisis», *Eur J Public Health*, 2013, págs. 1-4. Disponible en: doi:10.1093/eurpub/ckt208
29. Falagas, M. E.; Vouloumanou, E. K.; Mavros, M. N., *et al.* «Economic crises and mortality: a review of the literature», *Int J Clin Pract*, 6388, 2009, págs. 1128-1135.
30. Milner, A.; Page, A.; LaMontagne, A. D. «Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis», *Plos One*, 8, 2013, pág. e51333. Disponible en: [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)
31. Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M., *et al.* «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», *Lancet*, 374, 2009, págs. 315-323.
32. Zimmerman, S. L. «States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem?», *J Nerv Ment Dis*, 190, 2002, 349-360.
33. Reeves, A.; Stuckler, D.; McKee, M., *et al.* «Increase in state suicide rates in the USA during economic recession», *Lancet*, 380, 2012, pág. 24.
34. Barr, B.; Taylor-Robinson, D.; Scott-Samuel, A., *et al.* «Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis», *BMJ*, 345, 2012, pág. e5142.
35. Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J., *et al.* «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 381, 2013, págs. 1323-1331.
36. Chang, S. S.; Stuckler, D.; Yip, P., *et al.* «Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries», *BMJ*, 347, 2013, pág. f5239. Disponible en: doi: 10.1136/bmj.f5239
37. Pompili, M.; Vichi, M.; Innamorati, M., *et al.* «Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study», *Health Social Care*, 2013. Disponible en: doi:101111/hsc.12086.
38. Salmerón, D.; Cirera, L. L.; Ballesta, M., *et al.* «Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008», *J Public Health*, 35, 2013, págs. 237-245. Disponible en: doi:10.1093/pubmed/fds103
39. Álvaro-Meca, A.; Kneib, T.; Gil-Prieto, R., *et al.* «Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis», *Public Health*, 127, 2013, págs. 380-385.
40. López Bernal, J. A.; Gasparini, A.; Artundo, C. M., *et al.* «The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis», *Eur J Public Health*, 23, 2013, págs. 732-736.
41. Moya, J., y Esteve, C. *Estudio cualitativo sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental de la población*. Barcelona: Observatori de Salut Mental de Catalunya, 2012. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Impacte/ImpacteCaixaForum.pdf>
42. Economu, M.; Madianos, M.; Peppou, L. E., *et al.* «Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis», *World Psychiatry*, 12, 2013, págs. 53-59.

43. Taylor-Robinson, D.; Harrison, D.; Whitehead, M., *et al.* «Doctors need to take the lead on poverty's effects on health», *BMJ*, 347, 2013, pág. f7540. Disponible en: doi10.1136/bmj.f7540
44. Novoa, A. M.; Ward, J.; Malmusi, D., *et al.* *Condicions de vida, habitatge i salut. Mostra de persones ateses per Càritas Diocesana de Barcelona*. Barcelona: Càritas Diocesana de Barcelona, 2013.
45. Niederkrotenthaler, T.; Voracek, M.; Herberth, A., *et al.* «Papageno v Werther effect», *BMJ*, 341, 2010, pág. c5841.
46. Tew, J.; Ramon, S.; Slade, M. *et al.* «Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence», *Br J Soc Work*, 42, 2011, págs. 443-460.
47. Uphoff, E. P.; Pickett, K. E.; Cabieses, B., *et al.* «A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities», *Int J Equity Health*, 12, 2013, pág. 54. Disponible en: doi: 10.1186/1475-9276-12-54
48. Ward, P. R.; Mamerow, L.; Meyer, S. B. «Identifying vulnerable populations using a social determinants of health framework: analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries», *PLOS One*, 12, 2013, págs. 1-18.

### Antonio Casado da Rocha

Un abordaje del suicidio desde la ética nos conduce a examinar los cambios de valores provocados por la crisis y cómo esos valores afectan a la conceptualización de la autonomía individual y las redes sociales de cuidado que la sostienen. El caso islandés nos muestra la clase de comunidades que resisten a las crisis y sus efectos negativos sobre la salud mental. Su «núcleo moral» o «código vivo» puede arrojar luz sobre la problemática del suicidio en otras sociedades contemporáneas.

## Introducción

El suicidio no solo es una cuestión de salud pública de primer orden (Pérez Jiménez, 2011); hay quien, como Albert Camus<sup>1</sup>, lo ha considerado el único «problema filosófico verdaderamente serio». Según datos correspondientes al Estado español, en 2010 el suicidio se cobró más vidas que los accidentes de tráfico o los homicidios, pero es una realidad tan ocultada como mitificada entre la ciudadanía. El enigma y el estigma asociados a los comportamientos suicidas dificultan su estudio desde cualquier disciplina científica, lo que hace necesario ese abordaje multidisciplinar que caracteriza a la bioética y, en general, a las éticas aplicadas.

Desde la constatación de que la actual crisis no es solo económica, sino también política e ideológica, sabemos que, en general, durante los períodos de crisis aumentan los trastornos mentales, en especial entre la población en paro. Pero hay notables diferencias entre distintas sociedades, y de hecho la propia definición de trastorno o enfermedad presenta grandes variaciones culturales. Así las cosas, ¿cuáles son los factores éticos relacionados con una mayor resistencia ante las enfermedades mentales en escenarios de convulsión económica y social? Para valorar los efectos de la actual crisis sobre ese complejo de valoraciones que denominamos «salud mental», y partiendo de la filosofía moral entendida como «trabajo de campo en lugares familiares», en esta contribución presentaré algunos datos extraídos de una reciente investigación realizada en Reykjavík<sup>2</sup>.

Islandia es una sociedad especialmente interesante para estudiar este tema por su reducido tamaño, por albergar innovadores experimentos sociales (como la comunidad terapéutica de Sólheimar) y por ser el país europeo que experimentó de manera más inmediata y dramática la crisis financiera de 2008. A partir de algunos resultados preliminares del trabajo de campo (fundamentalmente, entrevistas con políticos y académicos), tratamos de identificar el núcleo moral de la respuesta de la sociedad islandesa a la crisis. Si, como parece, lo que previene el aumento del suicidio son las políticas de bienestar, protección social y reinserción laboral, ¿qué valores o paradigmas éticos están detrás de eso? En nuestra investigación nos hemos topado con historias con pregnancia social, susceptibles de cierta mitologización, pero que nos hablan de la importancia de la confianza, la capacidad de adaptación y el sentimiento de comunidad para salir adelante. Estos resultados encajan con otros estudios en los que la crisis ha sido descrita como una oportunidad aprovechada por el anterior gobierno para mejorar los indicadores de salud de la población islandesa.

En definitiva, para distinguir entre la realidad y los mitos que rodean este tema propongo abordar la cuestión desde la filosofía moral empírica, entendida como «trabajo de campo en lugares familiares»;<sup>3</sup> entender de manera amplia los conceptos (suicidio, crisis y salud mental) y su relación mutua y, finalmente, presentar algunos elementos para aprovechar la experiencia islandesa en el contexto de lo que comienza a entenderse como «epidemiología de la resiliencia». Esos son los objetivos que intento alcanzar en esta presentación, dejando para el debate posterior cómo aplicar esos resultados a otros casos.

## Un planteamiento empírico

Mi punto de partida es similar al de Victòria Camps cuando describió la bioética como una «obra en marcha», algo que construimos entre todas y todos mediante la autorregulación<sup>4</sup>. En esa tarea no puede haber expertos, no solo porque lo que se decide es responsabilidad de toda la ciudadanía, sino por la propia interdisciplinariedad de la bioética, que «es necesaria precisamente

porque los problemas son éticos, lo que significa que no son reducibles a problemas médicos, técnicos, jurídicos o políticos. Son algo más, que afecta a todos y no es privativo de ninguna especialidad. (...) Que el filósofo, en principio, parezca más autorizado que otro especialista para abordar y plantear cuestiones morales, no significa que tenga más autoridad moral que los demás para hacerlo»<sup>4</sup>.

¿Qué puede hacer entonces un filósofo? A mi juicio, la filosofía moral proporciona un punto de vista amplio, no para adjudicar cuestiones morales, sino para integrarlas en el discurso entrecruzado de diversas disciplinas. Esto nos permite abordar la intersección de suicidio y crisis incluyendo la zona gris ocupada por los suicidios frustrados y de baja intensidad (adicciones, depresión, etc.), y no reduciendo el significado de la crisis al meramente local o económico. El actual debate filosófico sobre la naturaleza humana<sup>5</sup> también ofrece pistas para ampliar el concepto de salud mental, que a menudo es sometido a un proceso de reducción en la que rasgos psicológicos inusuales quedan convertidos en trastornos, que a su vez son sometidos a dinámicas de medicalización al servicio de la industria farmacéutica.

La salud mental es un valor socialmente construido, pero no por ello menos real<sup>6</sup>. Los trastornos mentales a menudo no se acompañan de alteraciones orgánicas, pero eso no quiere decir que no impliquen sufrimiento, pues consisten en patrones de pensamiento, sentimientos y comportamientos considerados ininteligibles. Esos patrones tienen más que ver con lo social que con lo meramente biológico; en definitiva, cuando definimos un síndrome como un trastorno mental decimos que viola ciertas normas y expectativas colectivas, lo que explica las fuertes variaciones culturales en la prevalencia de los trastornos mentales particulares y los síntomas que presentan.

La cultura determina cuándo algo es patológico y también la forma que toma esa enfermedad, a menudo bajo alguna forma de estigmatización, pero en este ámbito no hay relaciones lineales de causa-efecto. Así, aunque la gran mayoría de las personas suicidas tienen un problema diagnosticable de salud mental, no es menos cierto que la gran mayoría de las personas con un problema de salud mental no mueren por suicidio<sup>7</sup>.

Volviendo a la bioética, llevamos ya dos décadas de «giro empírico» en ella, al menos desde que algunos autores comenzasen a defender el papel de la antropología y la sociología para —teniendo en cuenta que «las normas están ya en el interior de los hechos»— proporcionar «material en vivo» con el que enriquecer nuestra comprensión de los casos y contribuir a su mejor comprensión desde una ética relacional de virtudes y narraciones que equilibre el racionalismo del análisis basado en los principios bioéticos (López de la Vieja, 2013: 63-4; 71).

Vayamos, pues, a los hechos. Sabemos que, a consecuencia de la crisis, países como Grecia, España y Portugal han adoptado políticas de austeridad y recortes a sus sistemas sanitarios. Y también sabemos que en estos países se están haciendo más frecuentes los suicidios y otros problemas de salud pública. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España hubo en 2010 más muertes por suicidio (3.158) que por accidentes de tráfico (2.478) y homicidio intencionado (390).

Por el contrario, Islandia rechazó la austeridad mediante el voto y la protesta popular y parece que la crisis financiera ha tenido menores efectos negativos sobre la salud, a pesar de que el desempleo afectase a ambos países (de hecho, el paro aumentó un 386 % en Islandia entre 2008 y 2009, algo completamente insólito en su historia reciente; en España el aumento fue del 59 %). La tasa de desempleo actual es aproximadamente del 25 % para España y del 6 % para Islandia.

## ¿Por qué no hubo suicidios en Islandia tras la crisis?

Islandia fue uno de los primeros países europeos golpeados por la crisis financiera de 2008, y en ningún otro lugar los efectos fueron tan rápidos y dramáticos. El cociente entre la deuda y el producto interior bruto (PIB) aumentó del 28 % en 2007 al 130 % en 2011, y el valor de su divisa cayó un 35 % en 2008<sup>8</sup>. El golpe fue drástico y se hizo público cuando el 6 de octubre el Primer Ministro se dirigió al país anunciando una emergencia nacional

para hacer frente a las primeras consecuencias del colapso bancario (por ejemplo, las tarjetas de crédito de los islandeses en el extranjero habían dejado de funcionar, causando la alarma entre la población).

Según datos del Servicio de Salud Mental del Hospital Nacional de Islandia<sup>9</sup>, en la semana posterior al colapso económico (mediados de octubre de 2008) hubo un ligero incremento en ingresos por intento de suicidio, pero eso no cambió el número total de muertes por suicidio, que lleva una década estabilizado en 30-35 por año. Aunque algunos indicadores de riesgo sí han crecido en la región con mayor índice de desempleo<sup>10</sup>, estos datos suponen un desafío a la manera convencional de relacionar crisis, salud mental y mortalidad por suicidio.

¿Qué ha ocurrido en Islandia? Lo que sabemos es que la población rechazó en referéndum propuestas ortodoxas (transmitidas a su gobierno por el Fondo Monetario Internacional) para devolver deudas contraídas por la crisis; este rechazo ha sido validado por el Tribunal Europeo para el Libre Comercio (EFTA), que da la razón a los islandeses frente a los gobiernos británico y holandés<sup>11</sup>. A diferencia de otros lugares, en Islandia ha habido poca impunidad para los responsables de los bancos (cuatro banqueros recientemente condenados a penas de prisión)<sup>12</sup>. Además de ignorar los consejos del Fondo Monetario Internacional, Islandia invirtió en su población: el gobierno actual anuncia un plan para reducir en 24.000 € cada hipoteca<sup>13</sup>, y el anterior dedicó muchos recursos a protección social y medidas activas para que la gente volviera al trabajo, mantuvo su restrictiva política respecto al alcohol (altos precios y monopolio estatal) y McDonalds ya no tiene restaurantes en la isla.

Además de mejorar su dieta, los islandeses hicieron uso de sus reservas de capital social, manteniéndose unidos en la crisis. En definitiva, y aunque hay que tener cuidado a la hora de extrapolarlo a otros países, puede decirse que «Islandia ha demostrado que existe una alternativa a la austeridad»<sup>8</sup>, o al menos otros modos de entenderla. Allí la crisis no se vivió como una excusa para recortar servicios públicos, sino como una oportunidad para recuperar algunos valores éticos fundamentales, ralentizar el modo de vida y, con ello, proporcionar más ocasiones para la participación ciudadana y las relaciones sociales<sup>14</sup>.

De hecho, el mantenimiento de las políticas de protección social, junto con una modificación de los hábitos del estilo de vida, son señaladas por varios autores como las causas de mejoría en los indicadores de salud de la población islandesa<sup>15</sup>. Algunos indicadores de salud han mejorado gracias a la crisis, ya que se ha logrado una reducción de ciertas conductas dependientes del poder adquisitivo (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y comida rápida, bronceado artificial), un aumento de conductas dependientes del tiempo (más horas de sueño) y, en general, un aumento de los precios (27 % en 2007-2009) que ha tenido un papel importante en los efectos de la crisis.

Antes de la crisis, en 2005 y 2006, Islandia ocupó el primer puesto en el índice de desarrollo humano de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Ahora el dinero vale menos, pero según los estudios puestos en marcha en esa época, en Islandia la gente sigue siendo bastante feliz. Esto sugiere que cuando se satisfacen las necesidades básicas y hay oportunidades de interacción social, la gente se adapta mejor a los cambios, por muy dramáticos que puedan llegar a ser. Tras la crisis ha crecido el número de personas con dificultades económicas y, por tanto, más vulnerable, pero los más felices siguen siendo los más resilientes: las personas con relaciones sociales estables y significativas<sup>16</sup>.

## Islandia como anomalía positiva

La resiliencia es la capacidad que posee un determinado sistema (natural o social) para sobreponerse y absorber agresiones o calamidades, de forma que mantenga su identidad a lo largo del tiempo<sup>17</sup>. Pasando del ámbito individual al comunitario, podríamos decir que Islandia se ha convertido en un ejemplo de resiliencia a lo largo de sus 1.000 años de historia. ¿Hay factores éticos en juego? Algunos estudios sobre ética de las organizaciones señalan que el «código vivo» —la identidad con que representa su *ethos* una organización, en contraste con el «código escrito», en ocasiones meramente *cosmético*— proporciona protección contra algunos efectos negativos de las crisis<sup>18</sup>. ¿Influye el código vivo o identidad moral de un grupo humano en los factores relacionados con una mayor resiliencia ante las enfermedades mentales en escenarios de convulsión económica y social?

La investigación, aún no concluida, incluye la revisión de la literatura científica sobre el caso islandés en el contexto de los estudios sobre innovación social y ética aplicada, así como 10 unidades de análisis del discurso (básicamente, entrevistas con personas del mundo de la política y la academia). Para analizar las entrevistas y proceder a su codificación (asignación de categorías más o menos provisionales a fragmentos de texto) se ha tenido en cuenta el siguiente marco teórico, basado en la obra de Juan Carlos Siurana<sup>19</sup>. Este profesor de la Universidad de Valencia ha desarrollado en diversas publicaciones una descripción de la vida moral que, simplificándola y adaptándola, me parece idónea para capturar la identidad moral de una comunidad. Sus principales elementos son:

- Valores intersubjetivos (el «nivel de autocomprensión», en la terminología de Siurana).
- Principios de justificación pública («nivel de fundamentación»).
- Conductas corresponsables («nivel de aplicación»).

Por lo que se refiere al primer nivel, el de los valores, el análisis de las entrevistas nos muestra que la crisis impactó en la propia identidad islandesa, no solo en la economía o la política. La vulnerabilidad de esa identidad se percibe como algo creciente en un contexto globalizado, ya que, como nos dijo un informante, «sociedades pequeñas como la nuestra son culturalmente vulnerables, especialmente ahora que vivimos expuestos a tanta información en tan poco tiempo»; «estamos dentro del mercado europeo, pero sin su protección institucional» y «nos sentimos indefensos ante los bancos». Los primeros meses tras el colapso financiero se reactivaron valores tradicionales, «volviendo a los orígenes: a nuestros valores de austeridad y mesura, a hacer cosas como jerseys de lana». Esa identidad y esos orígenes están muy ligados a una resiliencia basada en la cultura y la lengua islandesa: «nuestras raíces culturales nos permitieron sobrevivir durante cinco siglos muy difíciles»; «Islandia es ante todo una cultura literaria, donde la lengua y la literatura desempeñan un papel identitario muy distinto al de otros países». La consciencia de la vulnerabilidad y la resiliencia va acompañada de la asunción de ciertos límites a lo que pueden hacer correctamente, de las metas que pueden proponerse: «Islandia es una sociedad cohesionada pero

ineficiente», «somos muy conscientes de que la gente es descuidada en casi todo».

En cuanto a los principios con los que justifican las decisiones públicas, es notable la percepción de que no hay ningún ciudadano de más en Islandia: la formación y participación de todos es importante para la supervivencia de la comunidad. Como nos decía otro informante, «somos demasiado pocos y la sociedad es compleja; para gobernarla bien, necesitas tener a mucha gente buena colocada en diferentes puestos». La crisis política ha dejado una situación de «escrutinio social permanente»: aunque el proyecto de la nueva constitución haya quedado paralizado, «es la base para una discusión pública que se materializará de alguna forma en los próximos años». Su prioridad es asegurar la satisfacción de sus necesidades («los islandeses somos muy ego-céntricos»), y los intereses ajenos van después. En cuanto a la política, esta se vive como algo muy personal y cercano: «la ideología política no cuenta» en una ciudad-Estado como Reykjavík; «siempre hemos tenido una política muy personal y antagonista». Otro principio presente es el de que no hay que dar nada por definitivo: «tienes que ser adaptable, resiliente y optimista», porque en un clima cambiante y de incertidumbre (tanto climatológica como económica), «ser oportunista es crucial para la supervivencia». En fin, mantienen en toda circunstancia la convicción de que «todo se arreglará» (una frase común en islandés: *Betta reddast*), porque «para funcionar tienes que creer y tener confianza».

Por último, en lo referente a las conductas, Islandia se nos presenta como una sociedad paradójica, que ha respondido a la crisis con una «mezcla de intervención social y ajuste económico» para mantener una identidad innovadora a la vez que tradicional, una industria basada en el turismo y la pesca, y un sistema político que no ha cambiado apenas en 70 años, dado que la reforma constitucional fracasó porque «la falta de previsión impidió que la deliberación tuviese lugar». Es una sociedad de próximos en la diversidad, donde «lo mejor es tener a grupos distintos trabajando juntos lo mejor posible», y extremadamente dependiente de la información: como dijo un informante, «somos una sociedad nepotista altamente interconectada», con «el mayor número de cuentas de Facebook per cápita en el mundo»; «internet es esen-

cial para nuestra política». Una sociedad compacta e hiperactiva hasta el «déficit de atención», donde «es mejor hacer que pensar» y la inclusión social es «tan difícil como que te acepten en una pequeña familia». Una sociedad donde la «improvisación permanente» provoca una «responsabilidad laxa», a trompicones. Aunque haya relativamente menos impunidad y las frustraciones sociales se ventilen sin violencia, no hay tiempo para la deliberación sostenida: «Islandia no tiene espacios para la argumentación pública, los *media* son pésimos y no existe un verdadero foro para un debate público serio»; «aquí puedes presentar tus ideas y opiniones, no necesitas para ello tener una posición», «pero nos falta competencia deliberativa».

## Conclusión: hacia una epidemiología de la resiliencia

A la luz de ese «código vivo», parece que las claves de la anomalía islandesa, su «desviación positiva»<sup>18</sup>, están en el retorno a cierta austeridad tradicional (no recortes, sino políticas activas de bienestar, protección y reinserción) sumada a la protección de sus recursos, una visión positiva de sus capacidades de resistencia ante la adversidad y una intensa interacción social. ¿Qué relevancia pueden tener esas claves en el abordaje del suicidio en otras sociedades? Como dijo un participante en el seminario: «Islandia, bien. ¿Y?». Una respuesta es que el caso islandés proporciona evidencias para avanzar en una «epidemiología de la resiliencia» (la expresión es nueva; la tomo de Karanikolosa<sup>8</sup>, entendiéndola *resilience* como capacidad de resiliencia individual).

En un análisis de casos de suicidio en la literatura contemporánea y su relación con conceptos de autonomía en bioética<sup>20</sup>, interpreto la pregnancia social de ciertas narrativas de «suicidio racional» como un indicio de que el concepto de autonomía que circula en esas historias es irreal por excesivamente individualista, y hace pasar por una expresión de autonomía moral lo que en realidad no es sino soledad, abandono y falta de comunicación. La noción de autonomía que está emergiendo en la teoría bioética contemporánea es relacional, narrativa y constructivista (Gracia, 2013), pero en la prác-

tica el concepto hegemónico en nuestra cultura bioética es el de una autonomía de productores y consumidores dentro de un contexto en el que los psicofármacos son ya los medicamentos más utilizados (según Guillermo Rendueles, en la obra de Fernández-Savater)<sup>21</sup>.

Al margen de donde tengan lugar, las crisis son algo más que un momento de colapso o derrumbe, «son las condiciones de posibilidad para una mutación subjetiva, existencial, vital, sea en contextos micro o macro» (como indica Peter Pál Pelbart, en la obra de Fernández-Savater)<sup>21</sup>. La macromutación islandesa proporciona un ejemplo de intervenciones preventivas eficaces: historias de resiliencia que enfatizan el papel de la confianza, la capacidad de adaptación y el apoyo mutuo para salir adelante, a partir de un sobrio sustrato comunitario en el que la autonomía se entiende de manera relacional, como una red de personas que comparten una identidad cultural y se proporcionan cuidados mutuos.

El caso islandés también proporciona una ilustración de que el único remedio real a la ansiedad poscrisis, la mejor alternativa a los psicofármacos, consiste en crear redes sociales seguras, estables y que transmitan confianza. Como indica G. Rendueles<sup>22</sup>, «la prevención de suicidios tecnológicamente más desarrollada (medicamentos, etc.) apenas disminuye el número de suicidios. Son las redes sociales, tradicionales o nuevas, las que mejoran la salud mental. Pero este saber no se desarrolla, se desprecia. Solo se estudian las vulnerabilidades individuales»<sup>21</sup>. De hecho, es obvio que en un país con un 25 % de paro hay redes sociales que están protegiendo a la población, así que, en lugar de poner el énfasis en intervenciones tecnológicas y farmacológicas, tal vez deberíamos hacerlo en la promoción de redes sociales y herramientas comunicativas que permitan recrear vínculos significativos en el territorio, reconstruir narrativamente el sentido de nuestras vidas dañadas y preservar así las comunidades en las que desarrollan su precaria autonomía.

Finalmente, las políticas de resiliencia están expuestas a dos clases de argumentaciones falaces. La primera es una versión de la falacia intelectualista (saber hacer no supone hacer bien): no confundamos las prácticas con las doctrinas que las arropan, porque las crisis no se superan con mera catequesis o cursos de formación ocupacional. No confundamos, pues, empodera-

miento con información, ni redes sociales con religión. Aunque hay algunos estudios que presentan la religiosidad como una protección contra el riesgo de suicidio en países como España, en los países protestantes (que no son menos religiosos, pero sí de una manera más individualista) pasa todo lo contrario. Esto lleva a pensar a G. Rendueles que es sobre todo la red social, no tanto la religiosidad, la que verdaderamente protege<sup>21</sup>. De hecho, el trabajo de campo sugiere que, en el caso islandés, el «cemento social» no sería ninguna religión, sino la propia lengua y cultura islandesas.

La segunda es la falacia ciberfetichista: las redes sociales no equivalen a las redes digitales, que a lo sumo proporcionan un simulacro de comunidad. Redes robustas pueden utilizar plataformas informáticas, pero no reducirse a ellas, so pena de incurrir en lo que César Rendueles<sup>22</sup> denomina «ciberfetichismo». Como mencionó Pablo Simón en el coloquio, los nuevos movimientos sociales crean redes sociales, pero la experiencia del 15M muestra también su incapacidad de hacer transformaciones a corto-medio plazo más allá de la movilización puntual. Esto coincide con el diagnóstico de Rendueles<sup>22</sup> y con nuestra propia experiencia en Islandia, que nos mostró un país con un alto grado de tecnologización donde, tal vez por sus peculiaridades geográficas e históricas, no se ha perdido el sentimiento comunitario ni la conciencia de los condicionantes o límites antropológicos a los que se refiere César Rendueles<sup>22</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Camus, A. *Le mythe de Sisyphe: Essai sur l'absurde*. París: Gallimard, 1942.
2. Casado, A., y Calzada, I. *DEMOS & ETHOS Inventory*, 2014 (en preparación).
3. Moody-Adams, M. M. *Fieldwork in familiar places: morality, culture, and philosophy*, Cambridge: Harvard University Press, 1997.

4. Camps, V. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica, 2001.
5. Prinz, J. *Beyond Human nature. How culture and experience shape our lives*. Londres: Allen Lane, 2012.
6. Uriarte, R.; Tolosa, J.; Araiztegi, I.; Vargas, J. M.; Requena, J. M., y Casado, A. «Naturalmente culturales», *Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 11, 2013, págs. 253-258.
7. University of Washington, School of Social Work. *Mental Health Reporting*, 2013. Disponible en: [http://depts.washington.edu/mhreport/facts\\_suicide.php](http://depts.washington.edu/mhreport/facts_suicide.php)
8. Karanikolosa, M.; Mladovskyc, P.; Cylusa, J.; Thomson, S.; Basud, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J. P., y McKee, M. «Financial crisis, austerity, and health in Europe», *Lancet*, 381, 2013, págs. 1323-1331.
9. Fontaine, P. «Data on suicide attempts misleading», *The Reykjavík Grapevine*, 5 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://grapevine.is/News/ReadArticle/Data-On-Suicide-Attempts-Misleading>
10. Oskarsson, H., y Bjarnadóttir, S. «Suicides and the economic crisis: the icelandic experience», *Eur Psychiatry*, 28, suppl. 1, 2013, pág. 1.
11. BBC News. «Icesave: Icelandic government wins compensation ruling», *BBC News*, 28 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.bbc.co.uk/news/business-21231535>.
12. BBC News. «Iceland jails former Kaupthing bank bosses», *BBC News*, 12 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.bbc.co.uk/news/business-25349240>.
13. The Journal. «Iceland to write €24,000 off every household mortgage», *The Journal*, 3 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.thejournal.ie/iceland-goes-against-international-concern-writes-off-debt-1203320-Dec2013>
14. Ólafsdóttir, H. «Current concerns in Icelandic psychiatry; nation in crisis», *Nordic J Psychiatry*, 63, 2009, págs. 188-189.
15. Ásgeirsdóttir, T. L.; Corman, H., y Noonan, K. *Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland*. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2012.
16. Gudmundsdóttir, D. G. «The impact of economic crisis on happiness», *Social Indicators Res* 110, 2013, págs. 1083-1101.
17. Azkarraga, J.; Sloan, T.; Belloy, P., y Loyola, A. «Eco-localismos y resiliencia comunitaria frente a la crisis civilizatoria», *Polis* 33, 2012. Disponible en: <http://polis.revues.org/8400>
18. Verbos, A.; Gerard, J.; Forshey, P.; Harding, C., y Miller, J. «The positive ethical organization: enacting a living code of ethics and ethical organizational identity». *J Business Ethics*, 76, 2007, págs. 17-33.
19. Siurana, J. C. *La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad*. Barcelona: Proteus, 2009.
20. Casado, A. «Narrative autonomy: three literary models of healthcare in the end of life», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 23, 2014, págs. 1-9.
21. Fernández-Savater, A. *Fuera de lugar: Conversaciones entre crisis y transformación*. Madrid: Acuarela y A. Machado Libros, 2013.
22. Rendueles, C. *Sociofobia: el cambio político en la era de la utopía digital*. Madrid: Capitán Swing, 2013.

**Para una utilización  
moralmente correcta de  
los servicios sanitarios  
públicos en tiempos de  
crisis: el papel de los  
profesionales y el papel  
de los usuarios**

**Jaume Puig-Junoy**

*Departament d'Economia i Empresa,  
Universitat Pompeu Fabra (UPF), Barcelona*

**Pablo Simón Lorda**

*Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada*

# Utilización de servicios sanitarios en tiempos de crisis<sup>a</sup>

Jaume Puig-Junoy

## 1. Introducción

¿Cuáles son los principales cambios en los patrones de utilización sanitaria que se están produciendo en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español como consecuencia de la crisis y de las medidas adoptadas frente a ella?

En la primera parte de este texto se examina el impacto de la reforma en el diseño del copago farmacéutico, que ofrece como resultado una importante reducción en el número de recetas dispensadas en oficinas de farmacia, si bien sus efectos sobre la adhesión al tratamiento, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos y, en última instancia, la salud, aún se desconocen. Asimismo, se constata que en los años más recientes de la crisis se han producido aumentos en los tiempos y listas de espera de intervenciones quirúrgicas.

El SNS vive momentos de fuerte tensión presupuestaria ocasionada por la situación económica. Sin embargo, más allá de la crisis, desde hace tiempo se apuntaban elementos de tensión en el sistema sanitario que requerían de cambios estructurales para apuntalar su solvencia. En la segunda parte del texto se analizan, en primer lugar, algunos de los elementos de tensión más destacables en la utilización de los servicios del SNS.

Asimismo, en la segunda parte, para reducir el impacto de estos elementos de tensión, se describe una propuesta parcial de hoja de ruta para una utilización sanitaria más eficiente articulada en dos ejes básicos: la reducción del

a. Este texto está basado principalmente en diversos trabajos recientes del autor que se citan en él y que han sido escritos en colaboración con Beatriz González, Juan Oliva, Salvador Peiró, Santiago Rodríguez y Rosa Urbanos. Asimismo, el autor agradece los comentarios y observaciones recibidos en el seminario *Ética, crisis y salud pública*.

despilfarro (infrautilización, sobreutilización, prevención de efectos adversos) y una apuesta decidida por unir financiación y utilización a la obtención de resultados en salud (financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías, e integración de presupuestos huyendo de compartimentos entre niveles asistenciales).

## 2. Algunos cambios en las pautas de uso como consecuencia de la crisis<sup>b</sup>

### 2.1 Pagar por lo que antes parecía gratis

Un asunto clave que hay que considerar en el marco de los cambios en el SNS es el papel que deben tener las aportaciones de los usuarios —los llamados copagos— dentro del ámbito del SNS. Si no se desea que se convierta en un impuesto sobre la enfermedad, el copago debe tener un papel recaudatorio limitado. Sería más deseable un copago evitable y basado en criterios de efectividad, a un copago lineal y obligatorio. Si es obligatorio, como es el caso actual, lo óptimo es que sea de importe reducido para todos, que se acumule la cifra total que paga un paciente por cualquier tipo de copago, con un límite máximo de aportación (Suecia) o un porcentaje máximo de la renta (Alemania), dejando fuera del copago, o siendo muy reducido, a pacientes con enfermedades crónicas. El coste de no seguir un tratamiento efectivo, por ejemplo, después de un infarto es demasiado elevado como para disuadir a los pacientes imponiéndoles copagos elevados.

Idealmente, un buen diseño de copagos debería hacer que estos fueran evitables en aquellos casos en los que el tratamiento sea más efectivo, y el paciente pagara la diferencia hasta el precio de otros tratamientos más caros pero que aportan escaso valor para la salud. Así se hace en muchos países europeos, por ejemplo en Francia, donde el copago depende del grado de necesidad y de la eficacia del tratamiento (cuanto más necesario y eficaz, menor es

b. Esta sección del texto está basada en las obras de Urbanos y Puig-Junoy<sup>1</sup> y Puig-Junoy, Rodríguez y González<sup>2</sup>.

el copago). Por otra parte, no hay que olvidar que el copago disciplina no solo al paciente sino también al médico, ayudando a un uso más racional de los recursos. Asimismo, se debe reseñar que un buen copago debería estar basado en el valor de la atención y no en el precio, esto es, debe ser más reducido o nulo cuanto más efectivo y necesario sea el tratamiento, y más alto cuanto menos efectivo y menos necesario sea. Los copagos evitables, como los vigentes en Alemania y Holanda, van en esta dirección. El elemento clave del diseño de copagos afinados es que deben estar basados en el valor. Y este valor debe ser determinado por la evidencia científico-clínica<sup>3</sup>.

El SNS español ha dispuesto hasta julio de 2012 de una cobertura farmacéutica bastante generosa (gratuita) para todos los residentes, excepto para los funcionarios y las prescripciones farmacéuticas extrahospitalarias a los activos, que han pagado el 40 % del precio de venta al público, desde los inicios de la década de 1980 hasta mediados de 2012. En el caso de medicamentos indicados principalmente para enfermedades crónicas se ha aplicado un porcentaje de copago del 10 %, con un tope por cada prescripción. Así, en el caso de los trabajadores activos y personas dependientes, los copagos van desde el 40 % hasta una tasa inferior al 10 % hasta mediados de 2012.

Los pensionistas y sus dependientes estaban exentos de este sistema de copago hasta julio de 2012. Por tanto, el copago únicamente se aplicaba a los activos y sus dependientes, independientemente de sus características socioeconómicas. No existían topes o techos en la cantidad máxima de gasto que debían realizar los individuos, y las personas activas que se jubilaban o empezaban a recibir una pensión de discapacidad, independientemente de su edad, y sus dependientes estaban automáticamente exentos del esquema de copago farmacéutico y obtenían acceso libre a las prescripciones médicas de los pacientes externos.

Los porcentajes nominales de coaseguramiento (40 % y 10 %) permanecieron sin alteración en las dos últimas décadas a pesar de que el copago efectivo medio había quedado en menos de la mitad desde la década de 1980 (del 15 % en 1980 al 7 % en 2009). La reducción de la participación efectiva en el copago en este período vendría explicada por el envejecimiento de la población, un gran número de medicinas con un copago del 10 % y el consumo

excesivo asociado al potencial riesgo moral<sup>4</sup>. Como resultado de ello, y de otros factores, el consumo de medicamentos por persona en España se ha situado entre los más elevados en el contexto internacional<sup>5</sup>.

A partir del mes de junio de 2012 se produce una reforma bastante profunda del sistema de copago sobre los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia con tres tipos de políticas (tripago), que entran en vigor casi de manera concurrente en un espacio de tiempo comprendido entre finales de junio y el primero de octubre de 2012. Se trata de: *a*) la introducción temporal de un copago de un euro por receta con un máximo anual en Catalunya y Madrid, adoptando la forma de una tasa autonómica hasta su suspensión por el Tribunal Constitucional; *b*) la reforma del copago estatal, que pone fin a la gratuidad extensiva para todos los pensionistas, haciéndoles pagar un 10 % del precio de los medicamentos con un límite máximo mensual y que al mismo tiempo aumenta el porcentaje del precio a cargo de los activos hasta el 50 y el 60 %, dependiendo de su nivel de renta, y *c*) la desfinanciación de un conjunto amplio de más de 400 medicamentos, que suponen la mayor parte de determinados grupos terapéuticos, la mayoría de ellos indicados para síntomas menores, y que equivale para estos medicamentos a una tasa de copago del 100 % a cargo del paciente.

Lo positivo que podía haber tenido la reforma, esto es, poner de relieve que universal no equivale a gratuito cuando teníamos uno de los consumos de medicamentos por persona más altos del mundo, se ha visto ensombrecido por ciertos aspectos bastante mejorables. El primero es el trato diferencial, a igual renta y necesidad, de los activos con enfermedades importantes, ya que el porcentaje de copago es muy elevado y no se aplica ningún límite máximo. El segundo es que el copago de los activos, a pesar de pretenderlo, no es en función de la renta: lo es el porcentaje por envase, pero no lo que realmente acaba pagando por sus medicinas quien más las necesita, ya que sabemos que el 50 % del copago se acumula en el 5 % de activos más enfermos. Y, el tercero es la incapacidad de gestionar el límite máximo de los pensionistas en el momento de la dispensación, que no solo resulta bochornosamente costosa al gestionar devoluciones, sino que inhabilita precisamente la función reductora del riesgo financiero de ese límite. Ahora bien, estas reformas adoptadas

a partir de mediados de 2012 han producido una reducción espectacular del número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia, por primera vez en más de tres décadas.

Se ha llevado a cabo hasta el momento únicamente una primera evaluación cuantitativa, aún de carácter preliminar, del impacto conjunto que sobre el número de recetas dispensadas en las oficinas de farmacia en los primeros diez meses de aplicación han tenido las diferentes medidas de copago (euro por receta, cambios en el copago estatal y desfinanciación) aplicadas a cada una de las 17 comunidades autónomas del Estado español a partir del mes de junio de 2012<sup>2</sup>.

Los resultados de este estudio indican que a los 3, 6 y 10 meses se produce una reducción muy destacable en el número de recetas dispensadas en comparación con el contrafactual (ausencia de las reformas adoptadas) en todas las comunidades autónomas con la excepción de Euskadi, donde solo se ha adoptado en este período la desfinanciación. El impacto en Catalunya, con la adopción de la tasa autonómica, ha supuesto una reducción del 24,8 % en el número de recetas a los diez meses (-28,1, -21,4), cifra más elevada que la de todas las otras comunidades, y que únicamente no muestra diferencia estadísticamente significativa al 95 % respecto a las de Galicia (-24,1 %) y Valencia (20,8 %). El impacto estimado en Catalunya es el más elevado también al cabo de 3 meses (13,3 %), pese a no haber aplicado Catalunya en este período inicial la reforma estatal sino solo la tasa autonómica, y también al cabo de 6 meses (-22,6 %).

La reforma del sistema de copago farmacéutico, iniciada con las medidas adoptadas en julio de 2012, a las que se ha añadido la desfinanciación de una lista de medicamentos para síntomas menores y los intentos de aplicar tasas autonómicas sobre la prescripción, requiere un rediseño importante así como una evaluación afinada y urgente de sus efectos, a la vista del notable efecto reductor del número de recetas. El necesario rediseño debe tener en cuenta diversos factores. En primer lugar, que cualquier copago aplicado debe ser acumulativo, sea farmacéutico o sobre otros servicios, con un límite máximo para cualquier persona, con independencia de que sea activo o pensionista; puede tener efectos contraproducentes la aplicación de copagos

importantes sin aplicar o sin saber gestionar este límite. En segundo lugar, sería bueno huir de la trampa de un copago supuestamente relacionado con la renta, ya que el actual no lo está: lo que se relaciona con la renta es el porcentaje del precio de cada envase que un paciente tiene que pagar, pero no el importe total que durante un período de tiempo paga un paciente, teniendo en cuenta que el gasto se acumula en un número reducido de pacientes. Y, en tercer lugar, se debería apostar más por un copago disuasorio que no recaudatorio, evitando el efecto compensación en forma de más gasto en urgencias y en hospitalización de los pacientes más graves, mediante el desplazamiento hacia copagos evitables y diferenciales, que sean reducidos o nulos para los tratamientos más necesarios y efectivos y más elevados para los menos coste-efectivos.

## 2.2 Recortes y cambios en el modelo de aseguramiento

Las dificultades en el acceso relacionadas con la crisis no se circunscriben a quienes han sido eliminados como beneficiarios del SNS. De acuerdo con la *Encuesta de condiciones de vida* (EU-SILC) para España<sup>6</sup>, el porcentaje de población que declara tener necesidades médicas no cubiertas, a pesar de no superar en ningún caso el 0,7 %, ha experimentado un crecimiento entre 2008 y 2011 que afecta particularmente a los quintiles de renta más bajos. Esto implica que el gradiente social en el acceso ha tendido a acentuarse en los últimos años.

Este panorama también se observa, si bien de modo más acusado, en otros países europeos fuertemente golpeados por la crisis, como es el caso de Grecia<sup>7</sup>. No obstante, el análisis de otras fuentes de datos que suministran información similar ofrece resultados contradictorios. Así, una comparación de las dos últimas Encuestas Nacionales de Salud para España (ENSE), correspondientes a 2006 y 2011, muestra cierta reducción en el porcentaje de personas que declaran haber necesitado asistencia médica y no haberla recibido (desde el 3,63 % al 2,01 % del total). Sin embargo, sí se aprecia un incremento de la proporción de casos debidos a los motivos más directamente relacio-

nados con la crisis: el coste directo de la asistencia, la falta de cobertura y el tiempo de espera. Para la muestra de adultos, el porcentaje de personas que declara como causas principales de la falta de asistencia «demasiado caro/no tenía dinero» y «el seguro no lo cubría» pasa del 4,6 % al 5,5 % entre 2006 y 2011. Por su parte, la proporción de quienes declaran que «había que esperar demasiado» sube del 31,8 % al 36,8 %.

Por su parte, los indicadores relativos a listas y tiempos de espera divulgados a través del sistema de información del SNS (que únicamente suministra datos agregados para el conjunto del país) no indican grandes diferencias entre antes y durante la crisis, al menos en lo que se refiere al acceso a las consultas especializadas. En cambio, se registra cierto empeoramiento, particularmente a partir de 2010, tanto en el número de pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes por 1.000 habitantes (que pasa de 9,38 en 2006 a 11,82 en 2012) como en el tiempo de espera medio para dichas intervenciones (que se eleva de 70 a 76 días).

Del análisis de los datos de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2011-2012 se concluye que, tanto en las consultas médicas del SNS como en otros servicios no cubiertos —en particular, las visitas al dentista—, la crisis está teniendo un efecto disuasorio en la utilización sanitaria de las capas sociales más desfavorecidas.

### 3. De la austeridad a «poner orden»<sup>c</sup>

#### 3.1. Reducir el despilfarro

El primer punto que hay que abordar para la mejora de la eficiencia en la utilización de los servicios sanitarios es reducir el despilfarro. Básicamente se trata de limitar los procesos, productos y servicios que no aportan valor (en términos de salud y calidad de vida) a pacientes y poblaciones, al tiempo que se salvaguardan aquellos que sí lo ofrecen o cuyo valor relativo es mayor.

c. Esta sección está basada en Oliva, Peiró y Puig-Junoy<sup>8,9</sup>.

Un reciente trabajo aproximaba las cifras de despilfarro en el sistema sanitario estadounidense (problemas de calidad, coordinación, sobreutilización, complejidad administrativa, fraude y otros) a entre el 21 % y el 34 % del gasto su sanitario<sup>10</sup>.

En el SNS no disponemos de información de este tipo, pero diversos datos apuntan un importante derroche en medicamentos (antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antiosteoporóticos, coxibs, psicotropos, etc.) no exento de efectos adversos y en pruebas diagnósticas, descoordinación de la atención a los pacientes crónicos, y otros problemas que sugieren que estamos combinando el sobretratamiento en pacientes leves (gasto sin beneficios) con subtratamiento en pacientes de alto riesgo (gasto por descompensaciones y complicaciones).

Por una parte, existe un problema de subutilización de servicios sanitarios en pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados dada su situación clínica. En el SNS existen evidencias directas de subutilización de fármacos en la prevención del reinfarto<sup>11</sup>, en la prevención de la tromboembolia en la fibrilación auricular<sup>12</sup>, en la insuficiencia cardíaca<sup>13</sup>, en el diagnóstico y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>14</sup> y en la hipertensión arterial, el asma y el manejo de los llamados «síntomas menores».

La subutilización incrementa enormemente el fracaso terapéutico, entendido como los incrementos de morbilidad y mortalidad evitable con el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes, lo cual se traduce en despilfarro por el gasto en hospitalizaciones y tratamientos de enfermedades y descompensaciones que se podrían haber evitado. En este sentido, en el SNS existen evidencias de importantes deficiencias en resultados clínicos intermedios y factores de riesgo (nivel de hipertensión, hemoglobina glucosilada, etc.) que pueden guardar relación con las abultadas —y muy variables según territorios— cifras de «hospitalizaciones potencialmente evitables» en el SNS<sup>15</sup>.

En el extremo contrario, la sobreutilización se refiere a la indicación de pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanita-

rias de forma innecesaria (sin beneficios clínicos para los pacientes). En el SNS existen evidencias directas de sobreutilización de antibióticos (entre el 6 % y el 55 % de los que se prescriben), hipolipemiantes (entre el 10 % y el 79 %), antiulcerosos (entre el 13 % y el 54 %), antiosteoporóticos (entre el 43 % y el 92 %) y psicotropos, con un 25 % de pacientes que reciben estos fármacos sin presentar trastornos mentales<sup>15</sup>.

La sobreutilización de pruebas diagnósticas está menos estudiada, pero algunos trabajos muestran las excesivas solicitudes de algunas pruebas de laboratorio y una extraordinaria variabilidad en las tasas poblacionales de realización de la mayor parte de las pruebas de laboratorio, lo que sugiere un importante volumen de peticiones inadecuadas<sup>16</sup>. Con relación al sobreuso de pruebas de imagen, un estudio reciente en atención primaria lo cifraba en torno a la cuarta parte de las exploraciones<sup>17</sup>.

Asimismo, hay que considerar también los más habituales: las propias visitas a atención primaria, actuaciones preventivas de discutible eficacia o las derivaciones a la atención especializada<sup>18</sup> o la huida masiva de pacientes «no urgentes» hacia los servicios de urgencia hospitalarios<sup>19</sup>.

Una tercera área donde centrar la atención son los problemas de seguridad y los efectos adversos. En este ámbito cabe destacar los estudios promovidos en los últimos años en el área de hospitalización (estudio ENEAS)<sup>20</sup>, en atención primaria (estudio APEAS)<sup>20</sup>, en residencias (estudio EARCAS)<sup>21</sup> y en otros campos más específicos. Los resultados, como destacan los diversos informes, no son muy diferentes a los hallados en otros países desarrollados, pero por eso mismo son muy preocupantes. Según el ENEAS, el 9,3 % de los pacientes hospitalizados presentaron algún efecto adverso. El 16 % de estos efectos adversos eran graves y el 42,8 %, evitables. La aplicación de estos porcentajes a los 5,2 millones de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en 2006 supondría 450.000 efectos adversos hospitalarios/año (200.000 evitables); de ellos, 90.000 graves (40.000 evitables). Los resultados del APEAS no son más reconfortantes: se produjo un efecto adverso por cada 100 visitas (medicina general: 1,03; enfermería: 1,15; pediatría: 0,48), casi la mitad relacionados con medicamentos. El 64,3 % de los efectos adversos fueron leves, el 30,0 % moderados y el 5,7 % graves, y el 46 % eran evitables.

Si se aplican estos porcentajes a los casi 400 millones de consultas anuales estaríamos hablando de 3 millones de efectos adversos por año, de los que unos 300.000 serían graves y 1,4 millones potencialmente evitables. Estas cifras sitúan los efectos adversos como uno de los principales problemas (evitables) de salud de la población española, probablemente el más importante junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

### 3.2 Utilización basada en resultados

La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar en un plazo razonable hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías basada en el mejor conocimiento científico disponible. Invertir en evaluar la eficacia incremental comparada de cualquier nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Un aspecto que requiere abordaje urgente es financiar con recursos públicos solo aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que —además de eficaces y seguras— sean eficientes. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance entre el coste adicional y el valor adicional en términos relativos) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación<sup>22,23</sup>.

A pesar de la crisis y de los recortes, en la sanidad pública seguimos anclados en la senda de hacer «menos» de lo mismo: acabamos financiando públicamente casi cualquier nuevo medicamento tanto si el coste por resultado en salud es razonable como si es desorbitado.

Pagamos precios elevados por medicamentos que otros países con más renta no están dispuestos a pagar. En España el valor terapéutico o grado de innovación no parece ser un factor clave en la determinación del precio de entrada de los medicamentos nuevos, contrariamente a las expectativas y los resultados para Estados Unidos y Suecia. En realidad, ni siquiera sabemos el coste por año de vida ganado ajustado por calidad de vida (AVAC) de los medicamentos que se autorizan cada mes de forma centralizada.

Cuando sabemos que los principales factores que impulsan el gasto sanitario son la adopción de innovaciones sanitarias y el aumento del uso por persona, es clave para la sostenibilidad de la sanidad disponer de un procedimiento de evaluación independiente de la eficacia/efectividad incremental y la relación coste-efectividad incremental que permita adoptar decisiones de financiación selectiva y de precio según valor.

A diferencia de la reforma de las pensiones, el factor de sostenibilidad del sistema sanitario no se diseña de manera automática según la esperanza de vida, sino según el valor de los tratamientos: la evaluación de la eficacia incremental o valor terapéutico añadido, la relación coste-efectividad y los umbrales de disposición a pagar por AVAC son sus instrumentos. No puede resultar extraño que Bruselas haya acabado por reclamarnos aumentar la relación coste-eficacia del sector sanitario.

Esto supone añadir nuevos requerimientos al proceso de decisión y exige un marco que lo haga factible, tanto en lo tocante a la normativa como en el ámbito de la gestión clínica. Implica la necesidad de dotarnos de instituciones adecuadas para informar de las decisiones sobre priorización de recursos que incorporen la dimensión de la eficiencia. La experiencia europea de la última década puede sernos de extraordinaria ayuda, ya que un número creciente de países, como Inglaterra, Suecia, Holanda, Alemania y Portugal, han apostado por distintos modelos de los cuales podemos aprender para no adoptar acríticamente una determinada fórmula, sino aquella combinación de elementos de éxito identificados en diferentes experiencias y más fácilmente adaptables a nuestro medio y estructura.

Por otra parte, los criterios de eficiencia deben ser usados no solo para valorar qué nuevas tecnologías se deben incorporar a la cartera de servicios del SNS, sino también para valorar las tecnologías que se deben retirar. Las decisiones de desinversión deberían estar guiadas por la evidencia científica sobre la efectividad comparativa y la eficiencia relativa de las actuaciones preventivas, los tratamientos y las pruebas. En suma, decisiones de inversión y desinversión deberían ser lo suficientemente transparentes para que las partes implicadas conozcan y comprendan (aunque no las compartan) las decisiones adoptadas y puedan servir de guía a la innovación.

Otro gran aspecto que reseñar dentro de este epígrafe es la necesidad de superar la gestión y la utilización sanitaria basada en compartimentos estancos, con mentalidad de «silo». Los recursos de que disponemos se reparten en presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales —atención primaria, hospitales, sociosanitarios— y entre tipos de productos —recetas médicas, medicamentos hospitalarios, prótesis— como si fueran partidas sin relación, en lugar de repartirlos según el coste justificado de la atención integral que requiere un paciente, al margen de donde reciba esa atención. Debemos orientar los presupuestos para pagar por aquello que deseamos obtener. Por tanto, la línea de cambio es empezar a pagar en el margen por resultados en salud: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica o por excesos en la cirugía electiva; pagar más por visitas resolutivas que por derivaciones de pacientes entre profesionales sin resolver sus problemas de salud. Ello requiere integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales (primaria, especializada, sociosanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos), que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente, limitando así la visión parcial y fragmentada que hoy centrifuga y encubre la falta de resolución clínica.

Frente a la actual compartimentación de niveles asistenciales, la integración de presupuestos a través de una financiación prospectiva basada en una cápita ajustada por las características de la población cubierta contribuiría a fomentar la atención integral de la salud y la dependencia, así como a visualizar los costes totales derivados de su atención. La integración macro debería incluir, entre otras cosas, la obligación de rendir cuentas sobre el desempeño de las organizaciones en su ámbito geográfico correspondiente, lo que a su vez favorecería la introducción de mecanismos de pago por resultados, reforzando así los incentivos para ofrecer una asistencia resolutiva y orientada a mantener una población sana y cuidada<sup>24</sup>.

## Referencias bibliográficas

- Urbanos, R., y Puig-Junoy, J. «Cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios como consecuencia de la crisis», *Gac Sanit*, 2014 (en prensa).
- Puig-Junoy, J.; Rodríguez-Feijoó, S., y González López-Valcárcel, B. «Paying for formerly free medicines in Spain: dramatic prescription drops, looking for unanswered questions», *CRES-UPF Working Paper*, 2013, págs. 07-76. Disponible en: [http://www.upf.edu/cres/\\_pdf/CRESWP20130776\\_JPJBGLV.pdf](http://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130776_JPJBGLV.pdf)
- Puig-Junoy, J. *Paying for free healthcare. The role of prices in our health-care decisions*. Barcelona: Libros del Lince, 2013.
- Puig-Junoy, J.; García-Gómez, P., y Casado-Marín, D. «Free medicines thanks to retirement: moral hazard and hospitalization offsets in an NHS», *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 108/3, 2011.
- Richards, M. «Extent and causes of international variation in drug usage. A report to the Secretary of State for Health», 2010. Disponible en: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/151987/dh\\_117977.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/151987/dh_117977.pdf)
- Eurostat. *Statistics of health*, 7 de septiembre de 2013. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/data\\_public\\_health/main\\_tables](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables)
- Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I., *et al.* «Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy», *Lancet*, 378, 2011, págs. 1457-1458.
- Oliva, J.; Peiró, S.; Puig-Junoy, J. «Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada», *Economistas*, 136, 2013, págs. 6-14.
- Oliva, J.; Peiró, S., y Puig-Junoy, J. «Sistema Nacional de Salud y propuestas de reforma: más allá del ruido y de la furia», *Salud y Derecho*, 23, 2013, págs. 6-18.
- Berwick, D. M., y Hackbarth, A. D. «Eliminating waste in US health care», *JAMA*, 307, 2012, págs. 1513-1516.
- Sanfélix, G.; Peiró, S.; Gosalbes Soler, V., y Cervera Casino, P. «La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una revisión sistemática de los estudios observacionales», *Aten Primaria*, 38, 2006, págs. 250-257.
- Barrios, V.; Calderón, A.; Escobar, C., y de la Figuera, M.; Primary Care Group in the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology. «Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP», *Rev Esp Cardiol*, 65, 2012, págs. 47-53.
- Rodríguez Roca, G. C.; Barrios Alonso, V.; Aznar Costa, J.; Llisterri Caro, J. L.; Alonso Moreno, F. J.; Escobar Cervantes, C., *et al.* «Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES», *Rev Clín Esp*, 207, 2007, págs. 337-40.
- Miravittles, M.; de la Roza, C.; Naberan, K.; Lamban, M.; Gobartt, E., y Martin, A. «Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care», *Respir Med* 101, 2007, págs. 1753-1760.
- Abadía-Taira, M. B.; Martínez-Lizaga, N.; García-Armesto, S.; Ridaolópez, M.; Yáñez, F.; Seral-Rodríguez, M., *et al.* «Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas», *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*, 4, 2011, págs. 345-363.
- Salinas, M.; López-Garrigós, M.; Díaz, J.; Ortuño, M.; Yago, M.; Laíz, B., *et al.* «Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain», *Ups J Med Sci*, 116, 2011, págs. 247-51.
- Pérez, I., y Guillén, F. «Radiología innecesaria en atención primaria», *An Sist Sanit Navar*, 30, 2007, págs. 53-60.
- Gérvás, J.; García Olmos, L. M.; Simó, J., y Peiró, S. «Paradojas en la derivación de primaria a especializada», *Aten Primaria*, 40, 2008, págs. 253-255.

19. Peiró, S.; Librero, J.; Ridaó, M., y Bernal-Delgado, E.; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. «Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud», *Gac Sanit*, 24, 2010, págs. 6-12.
20. Aranaz Andrés, J. M. (dir.). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
21. Aibar Remón, C. (dir.). *Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011.
22. Asociación de Economía de la Salud (AES). *Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un pacto por la sanidad*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2008. Disponible en: [www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/sintesispactoMSC.pdf)
23. Puig-Junoy, J., y Peiró, S. «De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental», *Rev Esp Salud Pública*, 83, 2009, págs. 59-70.
24. Urbanos, R.; González, B., y Puig-Junoy, J. «La crisis económica llega a la sanidad pública», *Economistas*, 131, 2012, págs. 158-16.

*Pablo Simón Lorda*

## Negando la mayor

Deseo empezar poniendo en cuestión el título de esta ponencia. Dicho título parece dar por supuesto que:

1. Una parte muy importante de la ciudadanía utiliza de manera incorrecta, «inmoral», los servicios sanitarios públicos.
2. Esto es algo especialmente preocupante «en tiempos de crisis», por dos posibles motivos, que establecen vínculos causales entre «utilización inadecuada» y «crisis».
  - a) A priori: porque esta «utilización inmoral» ha contribuido de forma significativa a la producción de «la crisis».
  - b) A posteriori: porque en dichas circunstancias de crisis «empeora, se agrava dicha utilización inmoral», lo que a su vez «agrava la propia crisis» por un mecanismo circular de retroalimentación.

Este conjunto de supuestos son en realidad un fragmento, una parte de un marco argumentativo mayor sobre el origen y posibles soluciones de la crisis. Este marco más amplio contiene argumentos diagnósticos y terapéuticos, como los siguientes:

1. Existe una relación entre crisis económica y gasto sanitario, de tal manera que lo segundo es uno de los elementos que ha contribuido a lo primero, ya que el gasto sanitario constituye una parte muy relevante del gasto público.
2. Dicho gasto es excesivo, porque «hemos gastado en salud más de lo que nos podíamos permitir». Los culpables son los ciudadanos y, en menor medida, los profesionales, todos unos irresponsables despilfarradores que han incurrido en riesgo moral.
3. Para equilibrar las cuentas y salir de la crisis hay que actuar tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda:

- Recortar el derecho de acceso al sistema sanitario público, destruyendo así la idea del derecho a la atención sanitaria como un derecho humano universal.
- Recortar la inversión en el sistema sanitario público, especialmente en su partida presupuestaria más importante: los recursos humanos, los profesionales.
- Recortar la cartera de servicios en todo lo que se pueda.
- Generalizar en lo posible el repago por los servicios sanitarios, para:
  - o Incrementar ingresos directos.
  - o Reducir la utilización de los servicios sanitarios públicos, con la consiguiente disminución del gasto.
  - o Aumentar la culpabilización de ciudadanos y profesionales para luchar contra el «riesgo moral».
  - o Estimular en lo posible el aseguramiento privado.
  - o Privatizar, con diferentes fórmulas, todo lo que se pueda, pues es seguro y evidente que la gestión privada es más eficiente que la pública, que por definición es mediocre y derrochadora.

Todas estas afirmaciones constituyen actualmente la doctrina oficial de los gobiernos y de muchos economistas. Es más, basta ver las políticas reales de reforma radical del sistema sanitario que están llevando a cabo tanto el gobierno actual del Estado español como los de la gran mayoría de las comunidades autónomas, para darse cuenta de que se ajustan bastante bien a este programa argumental.

Una característica muy relevante de este programa es que trata de ser presentado como ley «natural», «objetiva» y «moralmente neutral»: «lo que hay que hacer y no puede ser de otra manera», porque esto es Economía, una ciencia que produce certeza. Por tanto, cualquier atisbo de crítica, de búsqueda de alternativas y de juicio moral contrario a dichas «leyes» será automáticamente tildado de utópico, radical o irresponsable.

No resulta necesario poner ahora encima de la mesa la ingente cantidad de datos, estadísticas, esquemas, etcétera, ya existentes que, o bien revelan las falacias de dichas argumentaciones presuntamente «científicas» usando sus mismas herramientas, o bien desvelan las consecuencias reales que las políticas que se siguen de esos argumentos producen en la vida diaria de las personas, de la ciudadanía. Hay ya multitud de estudios e informes sobre ello<sup>1</sup>.

Más importante es señalar que todo este armazón argumentativo, que aúna las afirmaciones y sus justificaciones, es pura ideología, en el sentido marxista originario. No se trata solamente de que hay argumentos técnicos fuertes para contradecirlo, para cuestionar su verdad; es que con este armazón argumentativo se intenta instalar en la mente de la ciudadanía una falsa conciencia que oculte el verdadero origen de la situación actual y que legitime todo un programa deliberado de transformación social, política y económica destinado a hacer prevalecer los intereses de los grandes poderes financieros, con la hipócrita excusa de que son los intereses de los ciudadanos los que se protegen.

Este programa ideológico es el del capitalismo neoliberal, decidido a acabar con las políticas de bienestar de corte keynesiano instauradas tras la Segunda Guerra Mundial en Europa y, en menor medida, en Norteamérica<sup>2</sup>. La RAND Corporation fue uno de sus principales *think tank* en las décadas de 1960 y 1970, pero el ataque del neoliberalismo tuvo su primer asalto serio tras la crisis del petróleo de 1973, en la década de 1980, con las políticas desplegadas por el tándem Reagan-Thatcher bajo la inspiración de economistas como Frederick Hayek o Milton Friedman<sup>3</sup>. El segundo asalto tuvo lugar durante la década de 1990 con la difusión del programa ideológico del Consenso de Washington<sup>4</sup>, que fue asumido en mayor o menor medida por los partidos gobernantes en las democracias occidentales, incluidos, paradójicamente, los socialdemócratas. Actualmente, el neoliberalismo despliega su tercera gran ofensiva, usando como eficaz ariete la crisis iniciada en 2008 como resultado de la especulación financiera sobre el mercado de las materias primas y el mercado inmobiliario. Una crisis precipitada, por tanto, por los mismos que ahora pretenden culpar de ella a los ciudadanos y las políticas sociales del bienestar.

Obviamente, por mucho que se disfrace de ciencia objetiva, este programa ideológico no es moralmente neutral. Se fundamenta en presupuestos de filosofía moral de corte *libertariano*, cuyos grandes defensores son Robert Nozick en la vertiente más estrictamente filosófica y H. Tristram Engelhardt Jr. en el de la bioética. En el quicio entre filosofía y economía no puede dejar de señalarse también como importante mentor ideológico del neoliberalismo a James Buchanan y su teoría de la elección pública, basada en el individualismo metodológico y la teoría de la decisión racional.

Nozick es un contractualista lockeano, como lo es quien actualizó la teoría del contrato social en la filosofía política del siglo xx, John Rawls, su colega y adversario ideológico principal en Harvard, que puede tipificarse como contractualista kantiano. También James Buchanan es un contractualista, pero hobbesiano<sup>5</sup>.

Señalar esto es importante, porque según Boaventura de Sousa Santos, «el contrato social es el metarrelato sobre el que se asienta la moderna obligación política (...); es la metáfora fundadora de la racionalidad social y política de la modernidad occidental»<sup>6</sup>. Por eso, el capitalismo neoliberal no puede hoy ser sino contractualista, aunque no a la manera de Rawls o Amartya Sen, sino fundamentalmente a la manera de Nozick o Buchanan. Esto quiere decir que el lenguaje de los «derechos» ciudadanos siempre es utilizado y reivindicado como sostén de las «reformas». ¿Y qué derechos? Pues según Nozick en realidad solo uno, que en principio es siempre absoluto e inviolable: el derecho de autopropiedad, que alcanza a uno mismo, el propio cuerpo y las propiedades que se poseen por apropiación originaria o transferencia justa. Este derecho solo puede limitarse en circunstancias muy excepcionales, como por ejemplo impedir la renuncia a dicha autopropiedad: nadie puede venderse como esclavo.

El objeto del contrato social de Nozick es únicamente garantizar la protección completa de ese derecho absoluto, nada más. Cualquier acción colectiva que pueda limitar de alguna manera el ejercicio individual del derecho de autopropiedad es moralmente ilegítima. Así, en el prólogo de su célebre libro *Anarquía, Estado y Utopía*, de 1974, dirá:

«Mis conclusiones principales sobre el Estado son que un Estado mínimo, limitado a las estrechas funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude, de cumplimiento de contratos, etcétera, se justifica; que cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas y, por tanto, no se justifica; que el Estado mínimo es inspirador, así como correcto. Dos implicaciones notables son que el Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su *propio* bien o protección»<sup>7</sup>.

Las consecuencias de este planteamiento desde el punto de vista del derecho a la asistencia sanitaria las expone claramente Engelhardt en sus *Fundamentos de Bioética*, de 1986:

«La imposición de un sistema sanitario de un solo nivel y global es moralmente injustificable, ya que supone un acto coercitivo de fervor ideológico totalitario, que no reconoce la diversidad de visiones morales en las que están enmarcados los intereses por la asistencia sanitaria, ni los límites morales seculares de la autoridad estatal, ni la autoridad que el individuo posee sobre sí mismo, así como sobre su propiedad. (...) No existe ningún derecho moral secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un “mínimo decoroso”»<sup>8</sup>.

Y es que:

«La lotería natural crea desigualdades y sitúa a unas personas en desventaja, sin crear por ello en otras la obligación moral secular, clara y manifiesta de ayudar a los necesitados»<sup>9</sup>.

El único argumento para ayudar a los desfavorecidos es la existencia de un deber de beneficencia compasiva, que no nace de ningún «derecho» del otro, sino de la necesidad de buscar la propia perfección moral. En Engelhardt, el origen de este deber es un mandato religioso.

Es importante señalar que con este tipo de argumentaciones se excluyen dos fundamentos éticos clásicos del contrato social y los sistemas de redistribu-

ción de la riqueza. Uno es el basado en los derechos humanos. Para los libertarios del Consenso de Washington, el artículo 25 de la *Declaración universal de derechos humanos* de 1948 es un sinsentido:

«Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social».

Y por supuesto, el artículo 12 del *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* (1976/1996) constituye una auténtica aberración:

«Artículo 12

Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad».

Pero lo sorprendente es que el discurso libertario es, también un discurso antiutilitarista. El utilitarismo ha sido a lo largo del siglo xx el enemigo clásico de los igualitaristas. Tanto es así que, como es sabido, Rawls construyó su *Teoría de la Justicia* (1971) y resucitó el contractualismo precisamente para oponerse al discurso utilitarista hegemónico por entonces, que no tenía ni tiene rastro alguno de contractualismo. Y no cabe duda de que el utilitarismo, ciegamente guiado por la optimista máxima de «lograr la felicidad para el mayor número», genera unos cuantos desastres al maximizar utilidades sin atender a la distribución de estas entre las personas. Pero también hay que decir que, al menos, la preocupación eudamonista latente en el utilitarismo presupone un cierto deber de respeto de los demás, del que se traducen obligaciones mutuas de carácter colectivo. En el utilitarismo hay, a pesar de todo, cierto descentramiento que no se encuentra en el riguroso individualismo egoísta del libertarianismo. Esto no es extraño, pues a fin de cuentas —cosa que suele olvidarse—, ha sido el utilitarismo una de las raíces filosóficas más potentes del Estado del bienestar y de los sistemas sanitarios públicos —aunque no la única—, en cuya destrucción está actualmente empeñado el neoliberalismo libertario del Consenso de Washington. Es bien sabido que, por ejemplo, John Stuart Mill, en su madurez, expresó más simpatía por los ideales socialistas que por los del puro y libre mercado.

El contractualismo moderno encerraba una tensión dialéctica permanente entre varias antinomias propias de la modernidad: regulación social frente a emancipación social; Estado frente a sociedad civil; coerción frente a consentimiento; justicia social frente a autonomía individual; bien común frente a bien privado. La diferente manera en la cual se trataba de articular estas antinomias en la teoría política de los siglos xvii y xviii produjo las versiones tan distintas, incluso tan contradictorias, del contractualismo que podemos encontrar en Hobbes, Locke, Rousseau o Kant.

Según Boaventura De Sousa, la tensión dialéctica de las antinomias es la que ha mantenido viva la fuerza vinculante del contrato social, impidiendo así su disolución. Pero para ello ha necesitado articular tres presupuestos de carácter metacontractual<sup>10</sup>. El primero es un *régimen general de valores*, un acuerdo básico sobre la necesidad de defender los valores del bien común y la voluntad

general, «en cuanto principios agregadores de sociabilidad que permiten designar como *sociedad* las interacciones autónomas y contractuales entre individuos libres e iguales». Este sistema de principios o valores define las expectativas mutuas de los ciudadanos o, como diría Rawls, «especifican un sistema de cooperación diseñado para promover el bien de aquellos que toman parte en él»<sup>11</sup>. Este sistema pretende así generar de manera normal, constante y consistente cuatro bienes públicos: *a)* legitimidad del gobierno; *b)* bienestar económico y social; *c)* seguridad y *d)* identidad colectiva.

El segundo presupuesto necesario es la existencia de un *sistema común de medidas*, que introduzca criterios homogéneos en la definición del espacio y el tiempo que enmarcan y dan sentido a la realidad.

El tercer presupuesto es que el *espacio-tiempo estatal/nacional* es el mejor escenario histórico, social, político y económico para que se produzcan las interacciones principales del contrato.

La crisis actual que padecemos, esa de la que se dice que no es solo económica, sino también social, política, cultural y moral, tiene que ver con la caída de estos tres presupuestos y, de manera muy especial, del primero de ellos. El resultado es la pérdida de legitimidad, bienestar, seguridad e identidad que caracteriza el actual estado de ánimo colectivo y que facilita la progresión de la tarea destructora que lleva a cabo el neoliberalismo libertario.

El punto clave de esta ofensiva es la sustitución progresiva del contrato social fundado en el ideal del bien común, en la voluntad general, la cooperación y la agregación social de intereses, por un contrato estrictamente individual y privado basado en la protección unilateral de la autopropiedad: «solo pago impuestos si al hacerlo yo obtengo un beneficio directo equivalente; por lo demás, que cada uno se pague lo suyo, que contrate si puede». Así, como dice Boaventura de Sousa, se genera un «falso contrato: la apariencia engañosa de un compromiso basado de hecho en unas condiciones impuestas sin discusión a la parte más débil, unas condiciones tan onerosas como ineludibles». Y sigue:

«Bajo la apariencia de contrato, la nueva contractualización propicia la renovada emergencia del *status*, es decir, de los principios promo-

ernos de ordenación jerárquica por los cuales las relaciones sociales quedan condicionadas por la posición en la jerarquía social de las partes. No se trata, sin embargo, de un regreso al pasado. El *status* se asienta hoy en día en la enorme desigualdad de poder económico entre las partes del contrato individual; nace de la capacidad que esta desigualdad confiere a la parte más fuerte para imponer sin discusión las condiciones que le son más favorables. El *status* posmoderno es el contrato leonino. (...) Se manifiesta en el predominio estructural de los procesos de exclusión sobre los de inclusión»<sup>12</sup>.

Los excluidos por su incapacidad para contratar son así excluidos de la sociedad civil y devueltos al estado de naturaleza. Ahí, según Locke, los derechos siguen existiendo porque son inherentes a la condición humana, son «naturales», pero en realidad son solo teóricos, están vacíos de contenido, porque solo dentro de la sociedad civil pueden ejercerse eficazmente.

En este escenario de exclusión, se cumple perfectamente la ley de los cuidados inversos formulada por Julian Tudor Hart en 1971: «La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población atendida. Esta ley se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado y menos donde dicha exposición es reducida»<sup>13</sup>. La privatización sanitaria, esto es, la gestión privada y con ánimo de lucro de la salud es la forma operativa más directa de llevarla a la práctica.

Pero toda esta realidad se oculta a los ciudadanos mediante la creación de una *neolengua* orwelliana tranquilizadora, alienadora, que permite seguir hablando del contrato leonino como si en realidad se tratara del contrato social. Así, palabras como equidad, derechos, igualdad, son vaciadas de contenido real, y desigualdad, privatización, recortes, desregulación, etc., sustituidas por otras aparentemente neutras, descriptivas, objetivas, científicas<sup>14</sup>. El discurso legitimador de la ideología neoliberal consigue así convertirse en un discurso transformador de la realidad, en una narración sobre el éxito del futuro que viene, liberado por fin de las constricciones del Estado, los impuestos, lo público y la preocupación por los males de los demás. Un futuro que, sin embargo, solo está reservado a unos pocos, los que tengan capa-

cidad real de contratar, por ejemplo, un plan de pensiones, un seguro de vida y, por supuesto, un seguro sanitario privado.

En el marco de este discurso resulta coherente el argumento de que los servicios sanitarios públicos están siendo mal utilizados por los ciudadanos y que ello contribuye a incrementar la crisis, de tal manera que lo mejor es introducir correctivos, como el repago o la restricción del derecho, para evitar el desastre total. Pero, como relato general, es, como ya hemos dicho, ideología.

## Aceptar parcialmente la menor

No obstante todo lo anterior, mirando de cerca y de manera más aislada el fenómeno de la utilización de los servicios sanitarios, estoy dispuesto a aceptar parcialmente el argumento que subyace al título que se me ha dado.

Estoy dispuesto a aceptar que *pudiera* existir a veces una utilización moralmente inadecuada de los servicios de salud por parte de *algunos* ciudadanos que *quizá pudiera* limitar la necesaria solvencia del sistema sanitario público en tiempo de crisis. Uso los condicionales porque el primer problema que tenemos es que no hay datos suficientes para defender de forma general que esta realidad, aunque sea percibida por algunas personas y amplificada por algunos medios de comunicación, sea verdadera, sea real.

Sin embargo, lo que sí sabemos ya con bastante seguridad es que el grupo de personas que se ha puesto como ejemplo y como argumento fundamentador de esa afirmación, las personas inmigrantes, ni hiperutilizan ni utilizan mal, en general, el sistema sanitario público en España. Muchos estudios así lo señalan<sup>15</sup>. Bien es cierto que ahora ya no podrían hacerlo aunque quisieran porque, sencillamente, han sido expulsados del sistema gracias a un Real Decreto-Ley, «un instrumento normativo —en palabras de su exposición de motivos— para dar respuesta inmediata, sin demora, a las demandas internas de mejora de la equidad que exige la ciudadanía»<sup>16</sup>. En realidad, este colectivo ha sido escogido, por una parte, como chivo expiatorio que sacrificar en el altar de los votantes ultraconservadores del partido gobernante y, por otra, lo

cual es más grave, como palanca para descerrar el concepto de derecho a la asistencia sanitaria como derecho universal en España. Quizá no tardando mucho les sigan otros colectivos frágiles, sin capacidad para contratar...

Una segunda cuestión a la que hay que referirse es que no necesariamente todo incremento del uso del sistema sanitario implica necesariamente un mal uso de este. No tenemos por ahora datos que aseguren que se está produciendo una hiperutilización directa de los servicios sanitarios en España, un incremento de la demanda que, además, pueda vincularse causalmente con la crisis. Lo que sí vamos sabiendo es que el deterioro progresivo constatable del sistema sanitario público<sup>17</sup>, evidenciado por el empeoramiento de indicadores como las listas de espera, parece tener que ver, más que con un incremento directo de la demanda, con la disminución de la oferta, con los recortes que implican la reducción de personal sanitario y, por tanto, de servicios.

Pero tampoco sería nada raro que en un plazo no muy breve de tiempo ese incremento de la demanda se produjera. Hoy tenemos evidencias más que suficientes de que la destrucción de los sistemas de protección social (jubilación, paro, servicios sociales y seguro sanitario) produce daño en la salud. Por la vía directa, porque «la austeridad mata» (David Stuckler y Sanjay Basu), o por la vía indirecta, porque incrementan la desigualdad (Richard Wilkinson) y permiten actuar más radicalmente en sentido negativo a los determinantes sociales de la salud (Michael Marmot).

Como dicen Stuckler y Basu:

«Si los experimentos en austeridad hubiesen estado gobernados por las mismas exigencias rigurosas que los ensayos clínicos, un comité de ética médica los habría suspendido hace mucho tiempo. Los efectos colaterales de los tratamientos de austeridad han sido graves y a menudo letales. Los beneficios de dichos tratamientos no se han materializado. En lugar de imponer austeridad, deberíamos promulgar políticas basadas en pruebas para proteger la salud en las épocas difíciles. La protección social salva vidas. Si se administran correctamente, esos programas no arruinan el presupuesto, sino que (...) impulsan el crecimiento económico y mejoran la salud pública»<sup>18</sup>.

Por eso, en caso de existir, se trataría de una hiperutilización perfectamente razonable, éticamente justa. En este sentido, cualquier forma de limitar el acceso a los sistemas de salud argumentando el «riesgo moral» de un uso pretendidamente inadecuado no solucionaría el problema, sino que paradójicamente lo empeoraría técnica y moralmente.

Hechas todas estas salvaguardas, ya puedo aceptar que, con crisis o sin ella, puede que haya ciudadanos que utilizan mal los servicios sanitarios públicos, lo cual es algo moralmente injusto.

Pero entonces lo primero que hay que hacer es preguntarse: ¿por qué?, ¿qué lleva a algunos ciudadanos a ir al servicio de urgencias de forma reiterada sin justificación clínica o a consultar frecuentemente a su médico de familia —los llamados hiperfrecuentadores—, a consumir demasiados fármacos o a pedir pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas poco adecuadas?

Se han dado muchas respuestas posibles a esta pregunta, se han estudiado factores y se han diseñado muchos modelos, de los que quizás el más conocido es el de Andersen, que establece factores predisponentes, factores facilitadores o barreras y factores de necesidad de cuidados que disparan la decisión de utilizar los cuidados sanitarios<sup>19</sup>.

Por mi parte, me centro en 5 posibles razones, que no son necesariamente excluyentes y pueden actuar conjuntamente (de hecho suelen hacerlo):

1. Falta de información sobre cómo utilizar los servicios sanitarios públicos de forma adecuada. Pero entonces, más allá de la responsabilidad personal que siempre se tiene por no buscar por uno mismo esa información, existe una gran responsabilidad de los profesionales y la administración sanitaria por no proporcionarla proactivamente. No hay que olvidar que, después de todo, es un derecho de los ciudadanos, recogido en el artículo 12 de la Ley 41/2002, básica de autonomía de los pacientes. La obligación de informar y formar a la ciudadanía en el uso correcto de los servicios sanitarios públicos también debería ser contemplada como una tarea de los medios de comunicación y la escuela. En este último ámbito, la desaparición de la asignatura de educación para la ciudadanía como obligatoria en la recién aprobada Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Edu-

cativa (LOMCE), un marco ideal para educar en estas materias, debe verse como una estrategia más del capitalismo neoliberal libertario, sumamente interesado en la eliminación de cualquier forma de educación cívica crítica.

2. Desprotección y aislamiento social, soledad y fragilidad que, en un contexto de menoscabo de las demás redes sociales de apoyo, lleva a las personas a demandar ayuda al dispositivo sanitario que, por ahora, mantiene una gran accesibilidad. Pero, en este caso, la solución no es desplegar medidas para limitar directamente la demanda, como el repago, sino reorientarla generando sistemas de apoyo social adecuados. La culpabilización moral, el etiquetado del ciudadano frágil como despilfarrador irresponsable y caprichoso, es en estos casos algo especialmente reprochable.
3. Ansiedad derivada del deseo de inmortalidad y de la dificultad para manejar, por un lado, la incertidumbre inherente al discurrir de la vida y, por otro, la inevitabilidad de la muerte. La búsqueda de certezas y del «riesgo cero» es algo inherente a la condición moderna, como lo es el descubrimiento de la inexistencia de tales cosas. Pero en tiempos de inseguridad económica, social y política todo esto se exagera y, hay que decirlo, los profesionales y las administraciones sanitarias, con su imperativo tecnológico y su frecuente autoritarismo han contribuido decisivamente a incrementar la ansiedad por su logro.
4. Hipermedicalización del concepto de salud y conversión de esta en un bien de consumo: creación de «enfermedades» y sus correspondientes «tratamientos» y «vacunas preventivas», fascinación tecnológica diagnóstica y terapéutica, y simplificación sanitarista de cualquier forma de malestar. Todo ello llena las consultas de nuestros centros sanitarios, como llenaba la consulta del doctor Knock<sup>20</sup>. Pero aquí la responsabilidad de los profesionales, de las compañías farmacéuticas y de las administraciones sanitarias vuelve a ser clave, pues todos ellos obtienen rendimiento al convertir la salud en un bien de consumo y crear mercado sanitario, siendo más o menos conscientes de que la oferta crea la demanda. Hasta que de pronto profesionales y administraciones públicas se vuelven incapaces de satisfacerla y mueren de éxito; no así las compañías farmacéuti-

cas y las compañías sanitarias privadas, que siempre son capaces de sacar adelante la demanda por cuanto es su objeto de negocio, es su mercancía, y de ahí su gran interés en la privatización del sistema y en la liberalización del mercado sanitario, todo ello muy en consonancia ideológica, evidentemente, con el Consenso de Washington.

5. Inflación del concepto de «derecho», que lleva a incurrir en «riesgo moral». En esto la responsabilidad de la clase política es clave, aunque no es la única. Hemos generado tantos derechos —en torno a la salud y en torno a casi cualquier dimensión de la convivencia—, que algunos ciudadanos han llegado a considerarlos absolutos e ilimitados, de tal manera que pueden ejercerlos cuando y como les viene en gana, sin atender más que al criterio de su propio deseo subjetivo, de su percepción caprichosa<sup>21</sup>.

Hagamos ahora un balance provisional de estas cinco razones. Sin dejar de reconocer la dimensión de responsabilidad personal que siempre existe en cualquier conducta inadecuada, lo cierto es que en las cuatro primeras la ciudadanía aparece más como víctima que como culpable. Son más bien los profesionales sanitarios —en primer y preponderante lugar—, las administraciones sanitarias, las compañías farmacéuticas y la clase política los que aparecen como principales inductores directos o indirectos de estos comportamientos ciudadanos de mal uso de los servicios sanitarios públicos. Constituye, pues, un acto radicalmente injusto culpabilizar a la ciudadanía por ello y castigarla directamente con restricciones en el acceso a los servicios.

Pero la quinta razón resulta más delicada. Aunque hayamos responsabilizado a la clase política de este fenómeno de inflación de los derechos, lo cierto es que la clase política no es más que un espejo de la propia ciudadanía. Aflora por aquí un modelo de ciudadano que entiende la justicia y los derechos desde un modelo estrictamente individualista e insolidario. Este modelo ha ido aflorando con más fuerza en nuestro país a medida que se prolonga la crisis y se desencuadernan las costuras del Estado y las instituciones políticas fundamentales. Se percibe una disolución acelerada de las convicciones y valores éticos colectivos que sostienen que, como defiende John Rawls, «una sociedad es fundamentalmente un sistema de cooperación social que se basa

en el reconocimiento de ciertas reglas obligatorias para todos, lo que nos permite vivir mejor que si cada uno viviera solo con sus propios esfuerzos». Es un problema, por tanto, no solo institucional: es básicamente personal y tiene que ver con el comportamiento egoísta. El planteamiento rawlsiano es insuficiente porque, como dice Gerald A. Cohen:

«Si, como ahora creo, el egoísmo de la gente afecta las perspectivas de igualdad y de justicia, entonces eso es, en parte, porque, como también creo en este momento, la justicia no puede ser solo una cuestión de la estructura legal del Estado dentro del que la gente actúa, sino que es también una cuestión que tiene que ver con los actos que la gente elige dentro de esa estructura, con las opciones personales que llevan a cabo en su vida diaria. He llegado a pensar, por decirlo con un eslogan que se ha hecho popular recientemente, que *lo personal es político*.»<sup>22</sup>

Es necesario, por tanto, integrar adecuadamente en la vida de cada ciudadano lo que Thomas Nagel llama puntos de vista *personal e impersonal*<sup>23</sup>. El primero tiene que ver con la propia posición moral subjetiva y se relaciona con el ideal personal de felicidad. Por su parte, el punto de vista impersonal es el que nos permite ponernos en el lugar de otro, generar un «otro generalizado» y adquirir conciencia política, tener sentido de la justicia y de la compasión, oponernos a la desigualdad y ser ciudadanos, no meros individuos atomizados, envidiosos y egoístas, reclusos en la vida privada. El producto de esta integración es lo que la tradición republicana ha defendido siempre como *virtudes cívicas*<sup>24</sup>. Y es que una sociedad plenamente justa solo es posible cuando, además de tratar de generar estructuras sociales básicas que promuevan dicha justicia, cada uno de sus integrantes, los ciudadanos, trata de vivir y actuar justamente en todos los ámbitos de su vida; esto es, cuando la moral privada *personal* se acompaña de una ética cívica *impersonal*. Por el contrario, cuando flaquean las virtudes cívicas, el riesgo moral se dispara y aparece la «corrupción», que nos lleva, por ejemplo y entre otras muchas cosas, a la mala utilización de los servicios sanitarios públicos porque «son míos, ya que los pago con mis impuestos, con mi dinero y, por tanto, puedo usarlos como mejor me parezca sin atenerme a ninguna otra consideración más que la de mi propio beneficio».

Cuándo empezó este proceso destructivo en la sociedad española es un tema en debate. Quizás la crisis institucional que ha destapado la crisis económica sea en realidad expresión de un transición política que, ahora, después de haberse planteado como modélica en tantos foros durante tantos años, empezamos a ver más claramente como llena de agujeros, como en gran parte fallida. Y el agujero principal tiene que ver, al decir de Teresa Vilarós<sup>25</sup>, con el proceso de vaciamiento de la conciencia política ciudadana que se inició en el mismo momento en que el régimen franquista comenzó a morir con el asesinato de Carrero Blanco. Según esta autora, la «hiperideologización» —fundamentalmente de izquierdas— de la transición era en realidad un espejismo que encubría el verdadero deseo que latía en la sociedad española del tardofranquismo. Tras el ideal de la «libertad sin ira» no latía en realidad el deseo de «hacer la revolución», sino el de incorporarse cuanto antes al modelo de sociedad consumista y desarrollista imperante en las sociedades occidentales «liberales». El cráter de la explosión que mató a Carrero se llenó —como puede verse en la fotografía que lo recogió en su momento— de agua *líquida*. Pocos años después esta agua turbia se envasó y etiquetó con la marca «movida madrileña», comercializada con gran éxito por nuestro siempre emprendedor Corte Inglés para mejor consumo de todos los españoles.

Sobre estos agujeros, sus deseos ocultos y los restos del franquismo se construyó entonces una democracia liberal anémica, incentivadora de la falta de conciencia política ciudadana, estimuladora de la desmemoria histórica, del individualismo y del egoísmo. Esta democracia vive ahora en un destartado edificio en la calle Melancolía, en las afueras de Dogville. Por eso, para poder mudarnos de barrio sin perder otra vez el tranvía, urge poner en marcha una segunda transición política. El modelo territorial es uno de los problemas que se han de resolver, pero, a juicio de quien esto escribe, no es ni el primero ni el principal, porque con ese discurso se pueden seguir cubriendo con agua turbia las mismas antinomias de siempre.

Solo desde una mirada que ponga el acento en la necesidad de cerrar la brecha política de la transición nunca completada se entenderá la quinta razón de los comportamientos depredadores de algunos ciudadanos en relación al

(mal) uso de los servicios sanitarios públicos. Y solo desde ahí podremos reconstruir entre todos, de una manera más sana, la compleja relación que existe entre necesidades, derechos y deseos o preferencias en el ámbito de la salud. Estos son los ejes en torno a los cuales se construyen —o reconstruyen— sistemas sanitarios públicos eficientes y equitativos.

## Y entonces, ¿qué hacer?

El diagnóstico expresado en los dos puntos anteriores ya lleva implícitas muchas sugerencias sobre qué hacer. Pero no hay recetas fáciles ni certezas simples. No podemos ser ingenuos. Como es obvio, muchos actores tienen que actuar a muchos niveles y durante largo tiempo para poder obtener algún tipo de resultado. Quizá las diez tareas más importantes y urgentes son:

1. Estimular nuestra capacidad de indignarnos, rebelarnos y actuar pacífica pero organizadamente frente al avance de las políticas públicas sustentadas ideológicamente en el neoliberalismo libertariano. Este es el tiempo de los insurrectos y no el de los cómodos cultivadores del jardín privado.
2. Remoralizar la vida pública, las instituciones políticas y sociales básicas, introduciendo fuertes correcciones republicanas a nuestra insana democracia liberal: forzar una segunda transición política.
3. Mejorar la educación ética y política de la ciudadanía, incluyendo a los profesionales sanitarios, de la cuna a la tumba: suscitar ciudadanos cívicamente virtuosos que sean austeros en lo privado y generosos en y con lo público.
4. Luchar decididamente contra la creación de una *neolengua* orwelliana en política y en sanidad, para desvelar las realidades encubiertas por las falsas palabras del neoliberalismo.
5. No recortar, no repagar, no privatizar, sino aumentar la inversión pública en salud y optimizar su gestión, eliminando áreas de ineficiencia de forma decidida y, a veces, dolorosa. La administración sanitaria central y las autonómicas son las principales responsables de llevar a cabo las políticas

adecuadas para ello, pero solo lo harán si los ciudadanos y los profesionales las obligan.

6. Desmedicalizar, desinvertir en lo innecesario, dejar de hacer, racionalizar la cartera de servicios sanitarios e incrementar la prevención *cuaternaria*. Los profesionales sanitarios son agentes claves de esta tarea. Es una obligación ética estricta comprometerse con ella de manera decidida. Pero, obviamente, necesitan de las administraciones sanitarias, de la clase política y de las asociaciones de pacientes, consumidores y usuarios para llevarla a cabo. Y necesitan además autorregularse y limitar a lo estrictamente necesario el contacto y la colaboración con las industrias farmacéuticas, que forman parte, no hay que olvidarlo, del *lobby* financiero del capitalismo mundial.
7. Disminuir el gasto sanitario hospitalario global y, en cambio, aumentar el gasto público en atención primaria, salud mental, salud pública y sector sociosanitario. Los ciudadanos y las organizaciones científicas y profesionales deberían exigir a las organizaciones políticas compromisos claros, explícitos y evaluables en esta línea.
8. Progresar de forma significativa en el proceso de participación activa, política, de la ciudadanía en la gestión de la sanidad. Actualmente estos niveles de participación en España son, como aproximación general, mínimos, de tipo «simbólico» según la escala de Hart<sup>26</sup>. La segunda transición política y sanitaria debería ser capaz de llevarnos a unos niveles de participación de nivel 8 de la escala de Hart: decisiones iniciadas por la ciudadanía y coordinadas con otros —administración, profesionales— para llevarlas a cabo de manera efectiva. Pero ello exige un alto grado de coraje que prácticamente ningún partido político parece poseer en la actualidad.
9. Reforzar la identidad ética de los profesionales sanitarios públicos en tanto que tales frente a las identidades morales corporativa, colegial o meramente personal. Esto exige un gran esfuerzo en la formación de los profesionales en este campo en los niveles pregrado, posgrado y profesional, esfuerzo que hasta ahora no se ha producido de forma generalizada

en este país. El paternalismo sigue siendo, a pesar de que se hayan producido avances en las últimas décadas, el marco ideológico mayoritario entre los profesionales, y muestra gran capacidad de supervivencia y replicación entre las generaciones más jóvenes de profesionales. Muchos de ellos suscribirían, por desgracia, con acritica facilidad, los postulados subyacentes al título de esta ponencia que desvelaba al comienzo de esta intervención.

10. Resistir.

## Notas

1. Un buen recopilatorio de estos datos se encuentra en: European Observatory on Health Systems and Policies y Andalusian School of Public Health. *The health and financial crisis monitor* (HFCM), 2013. Disponible en: <http://www.hfcm.eu>
2. Harvey, D. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal, 2007.
3. De Milton Friedman no se suele saber que fue el principal introductor y defensor de Keynes en Estados Unidos hasta principios de la década de 1960. Véase Nasar, S. *La gran búsqueda*. Barcelona: Debate, 2012.
4. Williamson, J. *What Washington means by policy reform*. Peterson Institute for International Economic, 1990. Disponible en: <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?researchid=486>.

Los llamados diez mandamientos del consenso son los siguientes: 1) disciplina presupuestaria: reducción del déficit público; 2) reordenamiento de las prioridades del gasto público; 3) minimalismo estatal; 4) reforma impositiva; 5) liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés; 6) introducir un tipo de cambio de la moneda competitivo; 7) liberalización máxima del comercio internacional, con disminución de barre-

- ras aduaneras; 8) eliminación de las limitaciones a las inversiones extranjeras directas; 9) desregulación de los mercados; 10) protección estricta de la propiedad privada.
5. Vallespín Oña, F. *Nuevas teorías del contrato social: John Rawls, Robert Nozick y James Buchanan*. Madrid: Alianza Editorial, 1985.
  6. De Sousa Santos, B. *Reinventar la democracia. Reinventar el Estado*. Madrid: Sequitur, 2008, págs. 7-9.
  7. Nozick, R. *Anarquía, Estado y Utopía*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, pág. 7.
  8. Engelhardt, H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995, pág. 401.
  9. Engelhardt, H. T., *op. cit.*, pág. 408.
  10. De Sousa Santos, B., *op. cit.*, págs. 7-12.
  11. Rawls, J. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1979, pág. 20.
  12. De Sousa Santos, B., *op. cit.*, págs. 20-21.
  13. Hart, J. T. «The inverse care law», *Lancet*, i, 1971, págs. 405-412.
  14. Monedero, J. C. *Curso urgente de política para gente decente*. Barcelona: Seix Barral, 2013, págs. 80-84.
  15. Valga por todos: Calderón-Larrañaga, A.; Gimeno-Feliu, L. A.; Macipe-Costa, R.; Poblador-Plou, B.; Bordonaba-Bosque, D., y Prados-Torres, A. «Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System», *BMC Public Health*, 11, 2011, pág. 432. Disponible en: doi:10.1186/1471-2458-11-432.
  16. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *BOE*, 98, martes 24 de abril de 2012.
  17. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. *Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2013 (X Informe)*. Septiembre de 2013. Disponible en: [http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME\\_federacion%281%29.pdf](http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME_federacion%281%29.pdf)
  18. Stuckler, D., y Basu S. *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus, 2013.
  19. Andersen, R. M. «Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter?», *J Health Soc Behav*, 36, 1995, págs. 1-10.
  20. Romain, J. *Knock o el triunfo de la medicina*. Madrid: Bruño, 1989.
  21. Pero eso no apoya la tesis tan difundida, especialmente entre los sanitarios, de que el problema es que las cartas de derechos de los pacientes son muy largas y las de los deberes muy cortas. Ese argumento revela que el que lo utiliza no conoce la relación que existe entre derechos y deberes. Los derechos de unos (los pacientes) son correlativos de los deberes de respeto de otros (profesionales, administración, otros ciudadanos). Y los deberes de estos «unos» (los pacientes) surgen como obligación de respeto de los derechos de «otros» (los profesionales, la administración y, sobre todo, la sociedad en su conjunto). No hay relación de proporcionalidad o igualdad entre el número de derechos de los pacientes y su número de deberes; son ámbitos distintos. Reto al lector a que añada a la lista de «deberes» de los pacientes o ciudadanos ya existente, aquellos que le parezcan necesarios, éticamente coherentes. No lo logrará, salvo que se le escape inadvertidamente el «deber de obediencia a los profesionales», *lapsus linguae* no tan infrecuente en quien hace este ejercicio y que revela la persistencia de nuestra añoranza paternalista más allá de lo que estamos dispuestos conscientemente a aceptar.
  22. Cohen, G. A. *Si eres igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?* Barcelona: Paidós, 2001.

- 23 Nagel, T. *Igualdad y parcialidad*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.
- 24 De Francisco, A. *La mirada republicana*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2012.
- 25 Vilarós, T. M. *El mono del desencanto. Una crítica cultural de la transición española (1973-1993)*. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1998.
26. Aunque esta escala fue inicialmente planteada para niños, se ha convertido ya en un referente general para cualquier grupo de ciudadanos. Hart, R. *La participación de los niños: de la participación simbólica a la participación auténtica*. Bogotá: Nueva Gente, 1993.

**Aportaciones de  
los profesionales**

## Macario Alemany

### Profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante

A lo largo de las últimas décadas, la bioética que se ha practicado en España ha respondido, salvo alguna excepción, a dos programas (a dos agendas, como se diría periodísticamente): el programa de problemas tratados por la doctrina angloamericana y el programa de problemas planteados por la doctrina católica española. Como un ejemplo de lo primero, cabría señalar la miríada de estudios dedicados a la autonomía del paciente y, en particular, a la regla del consentimiento informado. Como un ejemplo de lo segundo, cabría señalar las incontables discusiones sobre cuestiones tales como si un preembrión congelado tiene la misma relevancia moral y merece la misma protección jurídica que, por ejemplo, quien lee estas líneas; sobre si un individuo, adulto y competente, puede libremente decidir dejar de sufrir cuando no tiene posibilidades de curación y, por tanto, tiene derecho a la eutanasia (estoy pensando en un sujeto como Ramón Sampredo); sobre si la *patria potestas* incluye el poder de obligar a gestar a una hija de dieciséis años que no quiere continuar con el embarazo, etcétera. Una primera conclusión del seminario, de una importancia extraordinaria en mi opinión, es que, como consecuencia de la crisis, se han puesto de manifiesto las carencias de dichos programas temáticos y se constata la necesidad, sentida unánimemente, de dar un giro pragmático y reorganizar prioridades. Las llamadas de Pablo Simón Lorda a la «acción» creo que pueden ser bien entendidas como llamadas a una reflexión útil para preservar lo más importante: el derecho a la salud y las bases de una sociedad igualitaria.

La cuestión que ha sido indebidamente desatendida y que ahora se muestra fundamental es la de la responsabilidad. Ante todo, interesa la responsabilidad en el sentido de responsabilidad causal, esto es, si cabe explicar correctamente un fenómeno como el resultado de las acciones u omisiones de un determinado agente. En este sentido, hay dos cuestiones principales: la responsabilidad en la crisis de financiación de los sistemas públicos de salud y la responsabilidad en el aumento de población pobre o en riesgo de caer en

la pobreza. Lo primero, la responsabilidad en la crisis de la financiación de los servicios públicos de salud, se puede ver desde dos perspectivas: desde la perspectiva de los ingresos y desde la perspectiva de los gastos. Creo que hay consenso casi universal en reconocer que la crisis de 2008 ha sido, en primer lugar, una crisis financiera y que, en particular en España, los efectos se han magnificado por la actuación totalmente irresponsable (ahora, entendido «responsabilidad» como obligaciones derivadas del cargo), criminal en ocasiones, tanto de los agentes económicos regulados (bancos, cajas, aseguradoras, etc.) como de los reguladores en sentido amplio (agencias gubernamentales o, incluso, agencias de *rating*, prensa financiera, etc.). Ahora bien, desde la perspectiva de los gastos el escenario de la crisis cambia: de un lado, tenemos la actuación de los profesionales de la salud y, de otro, la de los usuarios de los servicios sanitarios. Las ponencias de Jaume Puig y Pablo Simón se centraron en este último tema.

Jaume Puig dio argumentos para reconsiderar las críticas feroces que ha suscitado la incorporación del copago farmacéutico. Reconociendo que se necesita mucha más información sobre la gestión y uso de los servicios sanitarios (una carencia de información manifestada por todos los ponentes), Puig apuntó a una justificación del copago no como medio de financiación (un «repago»), sino como medio de generar una estructura de incentivos adecuada (en la línea de la rampante «economía del comportamiento») para evitar un abuso —consentido durante décadas en nuestro país— de medicamentos por los usuarios. Ahora bien, la alarmante tendencia actual a volver a un nivel de prescripción de fármacos similar a la situación anterior a la entrada de copagos (donde se han implantado) sugiere que es en el campo de los profesionales de la salud donde se ha de investigar, en primer lugar, la responsabilidad en el gasto excesivo.

Pablo Simón nos ofreció una muy cautelosa indagación sobre el tema de la responsabilidad de los usuarios de los servicios sanitarios. Su exposición mostró las dificultades que dicho tema plantea si es que se quiere evitar su utilización en un argumentario a favor del adelgazamiento del Estado del bienestar (el cual, de acuerdo con la ideología ultraliberal dominante, implica un inaceptable «riesgo moral»). A pesar de esto, su principal tesis fue que el

énfasis excesivo en el individualismo de los derechos ha descuidado totalmente la cuestión de la responsabilidad y las obligaciones sociales de los individuos. Una tesis muy similar estaba implícita en la aportación de Antonio Casado al describir la sociedad islandesa, caracterizada por un fuerte comunitarismo frente al individualismo liberal.

Las otras tres ponencias del seminario (de Ildelfonso Hernández, Begoña Román y María José Fernández Sanmamed) se refirieron al problema de la responsabilidad en la generación de más pobreza. Ildelfonso Hernández destacó la necesidad de contar con más información sobre el impacto de la crisis. Los fenómenos de resiliencia, que los tres ponentes trataron, ponen de manifiesto que la etiología de la pobreza se muestra extraordinariamente compleja. En particular, el caso de los suicidios parece suscitar más dudas que certezas. En este sentido, María José Fernández, además de pedir de nuevo más investigación al respecto, defendió una aproximación más cualitativa que cuantitativa para determinar el alcance del fenómeno. Finalmente, los tres coincidieron en la necesidad de abrir vías de comunicación entre usuarios de los servicios sanitarios y profesionales de la salud, así como de optar por soluciones más «humanas que tecnológicas».

En conclusión, si la bioética surgió como una perspectiva pragmática de la ética, el seminario puso de manifiesto la necesidad de renovar esta perspectiva prestando una atención prioritaria a los problemas más acuciantes de nuestra sociedad, entre los cuales el de la responsabilidad sería el principal.

## Gracia Álvarez

### Presidenta del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León

Está demostrado que las crisis económicas repercuten de forma negativa en la salud de las personas. Podemos identificar al menos dos consecuencias de la crisis a las que atribuir esta repercusión negativa: la falta de un puesto de trabajo y la disminución de recursos económicos que el Estado destina al sistema público de salud. La cuestión es cómo enfrentarse a esta situación desde el punto de vista de los profesionales sanitarios.

Ortega definía la ética como el arte de elegir la mejor conducta; por tanto, si se trata de elegir la mejor conducta ante una determinada situación, representada por las consecuencias negativas para la salud de la crisis, entiendo que esta disciplina puede ayudar a los profesionales a elegir la conducta más adecuada. Y que es la razón por la que en esta jornada participamos profesiones relacionados con ambas áreas de conocimiento, la sanitaria y la de la ética.

¿Qué consecuencias se derivan de la falta de un puesto de trabajo? La primera es una disminución de recursos económicos para los individuos afectados y sus familias, lo que de por sí ya va a producir carencias en cuanto a los recursos que puedan dedicar a alimentación, higiene, vivienda, etc. Y la segunda, en un orden distinto, la disminución de recursos que puedan destinar a la educación, lo que en principio supone un déficit de conocimiento respecto a cuestiones de salud y menores posibilidades de acceder a una formación que les permita obtener la capacidad necesaria para desempeñar un puesto de trabajo en la sociedad. Los afectados tienen menor posibilidad de adaptación a los cambios sociales que se producen en una crisis, término que además de significar escasez, significa cambio, así que las posibilidades de adaptación al cambio se verán disminuidas.

La segunda consecuencia está relacionada con la consideración del trabajo como un factor de integración social. Es por ello que la falta de un puesto de trabajo ocasiona ruptura de vínculos sociales y abre una brecha en la dimensión social del ser humano, que repercute de forma negativa en su salud.

Ante esta situación, los profesionales del ámbito sanitario nos planteamos qué podemos hacer para paliar la repercusión negativa en la salud, porque es a nosotros a quienes la sociedad ha encomendado el cuidado de esta. Nuestra responsabilidad como sanitarios es ayudar a la población a enfrentarse a esta nueva situación que afecta a su salud; la dificultad estriba en cómo hacerlo.

Mi propuesta es que la ayuda ha de prestarse desde el respeto a la autonomía de las personas, entendiendo esta como el desarrollo de las capacidades de las personas para afrontar esta situación. Para lo cual resulta de vital interés el papel que los sanitarios desempeñamos en la relación clínica, que ya es bastante compleja. La principal característica de una relación clínica que promueva el desarrollo de las personas para encontrar la mejor respuesta a los problemas de salud es la deliberación. Debemos abandonar tanto el modelo paternalista de la relación clínica, en el que los usuarios del sistema de salud quedaban al margen de las decisiones respecto a su salud, como el modelo de absoluta tolerancia, en el que la decisión es tomada por los pacientes sin que los profesionales, que somos los que poseemos conocimientos específicos en materia de salud, entremos a deliberar con ellos. Aportar los conocimientos de los profesionales sanitarios a la toma de decisiones hará que estas sean mejores, porque un mayor número de posibilidades entre las cuales elegir no significa en sí mismo una mejor elección.

Lo manifestado en el párrafo anterior está en consonancia con lo expresado por Antonio Casado da Rocha en su exposición. En ella hace referencia al profesor Gracia cuando señala que «la noción de autonomía que está emergiendo en la bioética contemporánea es relacional, narrativa y constructivista». El reconocimiento de la autonomía se pone de manifiesto mediante la deliberación. Deliberar con otras personas, pacientes o usuarios del sistema de salud, es una manifestación de reconocimiento del otro como un igual, y de que nos importa lo que le pase. Este es, a mi modo de ver, el principio que ha de presidir nuestra conducta como profesionales y que nos ha de servir de guía o faro cuando establecemos una relación clínica.

¿Qué intervenciones se pueden y se deben implementar, desde atención primaria, que ayuden a la población a enfrentarse a la crisis de la mejor manera posible? Desde mi punto de vista, todas aquellas relacionadas con la educa-

ción para la salud, actividad muy poco valorada e implementada en el pasado inmediato. Esta ha quedado arrinconada frente a actividades dotadas de intervenciones inmediatas que satisfacen necesidades de modo rápido y sin gran esfuerzo. Es más fácil extender una receta que esforzarse en educar al usuario del sistema de salud en unos hábitos higiénico-dietéticos más saludables. Insistir en esta cuestión, esforzarse por llegar a acuerdos, ayudarle a introducir estos hábitos en su vida diaria, y hacerlo en un entorno de respeto que no implique «desentenderse del otro» requiere voluntad y esfuerzo, y no solo más tiempo, que también, aunque esta sea una demanda habitual de los profesionales. La voluntad, el querer hacer, es lo más importante, porque nos ayudará a buscar los conocimientos y a desarrollar las habilidades necesarias para lograr nuestro objetivo.

También es más fácil para el paciente tomar una pastilla que modificar hábitos de vida no saludables; es más cómodo, pero no más beneficioso a medio y largo plazo. En el apartado de educación para la salud es importante la educación realizada de modo individual a los pacientes, pero no solo esto. La educación a grupos es una alternativa que tener en cuenta por los vínculos que se establecen entre las personas participantes, por la riqueza en el intercambio de información, y además por transmitir información a varias personas al mismo tiempo.

La actividad de la educación frente a otro tipo de intervenciones técnicas tiene la ventaja del establecimiento de relaciones entre personas; en algún sentido supone un plus a efectos de mantener los vínculos con los otros. La ruptura de vínculos es, tal y como la profesora Román ha expresado en la primera exposición de esta jornada, uno de los factores condicionantes del riesgo de exclusión social.

Una consecuencia que se deriva de la relación clínica deliberativa y de esta actividad educacional es una mejor utilización de los servicios públicos y posiblemente una mayor valoración, por parte de los usuarios del sistema público de salud, tanto de los profesionales como del propio sistema. Entiendo que esta forma de relación ayudaría a que muchos de los ciudadanos dejaran de vernos como expendedores de recetas y nos vieran como agentes que contribuimos a la mejora de su salud, acompañándoles en ese recorrido

lleno de vicisitudes, que comienza con el nacimiento y finaliza con la muerte. Un recorrido en el que se manifiesta nuestra vulnerabilidad como seres humanos y nuestra dependencia de los otros para adaptarnos a las diferentes situaciones. La dependencia grave nos puede afectar cuando menos de dos formas, como dependientes propiamente dichos o como cuidadores de personas con gran dependencia; ambas situaciones son difíciles de afrontar y precisaremos de la ayuda de otros para adaptarnos a ellas.

La deliberación que proponemos en el ámbito de la relación clínica puede ser un punto de apoyo en la gestión de la frustración que se produce cuando no se logran las expectativas relacionadas con la salud. A lo largo de la vida, en diferentes ámbitos hay muchas expectativas que no se cumplen y que generan frustración, pero quizá las relacionadas con la salud y con la enfermedad sean de las sensibles. La deliberación en el diálogo con el otro permite construir unas expectativas más realistas sobre lo que cabe esperar de la medicina, siendo conscientes de sus limitaciones como ciencia, tanto para devolver la salud como para prolongar la vida hasta límites insospechados.

Otra propuesta que puede ser interesante es implementar el desarrollo de la investigación cualitativa. Esta permite conocer la realidad tomando en consideración el entorno. No solo se trata de que no aísla un fenómeno para estudiarlo, sino que toma en consideración el entorno en el que se produce y la relación con él; además, el investigador asume que la búsqueda de conocimiento no está exenta de ideología y hace pública la suya. Es importante la consideración del entorno porque estamos hablando de la repercusión en la salud de factores que no son estrictamente sanitarios: hablamos de determinantes sociales. Hablar de determinantes sociales en salud significa asumir que el entorno social repercute en la salud de las personas, luego no debemos aislar del entorno las cuestiones de salud objeto de investigación.

También la elección del objeto de investigación está relacionada con lo que cada investigador considera más importante, es decir, con aquello a lo que da más valor. La ideología y los valores de cada cual no quedan al margen de las investigaciones porque estas se inician con un reconocimiento de los intereses del investigador.

Existen diferentes procedimientos de investigación cualitativa, entre los que podemos señalar dos. Uno es la teoría fundamentada, en la que el estudio de un problema determinado nos permite ver como lo afronta, o con qué tipo de recursos, un grupo de personas determinado. Un ejemplo se puede ver en la obra de C. De la Cuesta-Benjumea, «La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada» (*Enfermería Clínica*, 15, 2005, págs. 335-342). Y otro es el procedimiento de investigación-acción participativo, que busca realizar cambios en la situación estudiada, y hacerlos desde la reflexión de lo que está sucediendo. Un ejemplo de esta forma de investigar se aprecia en la obra de P. Delgado Hito *et al.*, «Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa» (*Enfermería Intensiva*, 12, 2001, págs. 110-126). No se trata de abandonar la investigación cuantitativa, sino de añadir otra forma de mirar la realidad que nos permita un mejor conocimiento de esta. El objetivo es buscar instrumentos adecuados para modificarla creando un entorno más favorable para el desarrollo del ser humano.

Al inicio de la reflexión señalábamos la disminución de recursos destinados por los Estados al sistema público de salud. Esto debería obligarnos a evaluarlo y mejorarlo haciéndolo más eficiente, enfocando esa eficiencia a lograr el desarrollo de los seres humanos; siendo conscientes de que la enfermedad, las limitaciones y el envejecimiento no se pueden erradicar, sino que debemos ser más modestos y poner el objetivo en la mejora de la calidad de vida, aquello de «dar vida a los años y no solo años a la vida». A lo largo de la jornada se apuntaron intervenciones en este sentido. La educación sanitaria entiendo que es una actividad más que realizar encaminada a este objetivo. Se trata de distribuir mejor los recursos y no de recortar en gasto sin pararse a reflexionar sobre las consecuencias del recorte, no sea que se recorte del lado equivocado, lo que repercutirá negativamente en la salud de los más desfavorecidos y de los más vulnerables.

## Josep Maria Busquets

### Miembro del Comité de Bioética de Catalunya

La salud pública, como otras ciencias sociales, requiere la ratificación mediante pruebas de las hipótesis que se formulan. ¿Existe mayor malnutrición a causa del deterioro económico? ¿Se suicidan mayor número de personas? ¿Ha aumentado la mortalidad general o por alguna causa específica?

Algunos datos pueden apoyar ciertas suposiciones, otros no son tan claros, y muchos son objeto de diferentes interpretaciones que tanto sirven para defender la bondad de determinada intervención como para rebatir su eficacia o idoneidad. Es por ello que, sin renunciar al rigor científico y metodológico, no podemos olvidar que a menudo las grandes cifras que manejan los economistas, los sociólogos y en cierta medida también los profesionales de salud pública no son sensibles a todo el sufrimiento que padecen las personas. Como consecuencia, el descrédito, que es grande entre la esfera política, se va haciendo extensivo a los profesionales que trabajan en estas disciplinas.

Desde que a mediados del siglo XIX Virchow atribuyó a las causas sociales y económicas una gran responsabilidad en el estado de salud de las personas, han sido numerosos los informes que nos recuerdan que la incultura y la pobreza son las principales causas de enfermedad. Sin duda estos informes y declaraciones no nos descubren nada que no sea muy obvio para todos, pero continuamos obstinados en demostrar mediante pruebas metodológicamente rigurosas el impacto de las políticas que generan o no mejoran las desigualdades. Así, aun cuando el sufrimiento de aquellos que no se suicidan y que no figuran en las estadísticas puede ser mucho mayor que el de aquellas personas que optan por terminar con su vida, este no es objeto de preocupación tan prioritaria; y ello nos conduce a una triste paradoja: evitar la muerte de aquellos que desean morir es más prioritario que evitar el sufrimiento de aquellos que desean vivir.

El profesional de la salud pública debería procurar no alejarse en demasía de este sufrimiento, que es más fácilmente perceptible por otras ramas de la medicina o incluso por otros profesionales asistenciales. Seguramente resul-

taría adecuado buscar la manera de incorporar más ampliamente el sentir de los ciudadanos a los que van destinadas sus recomendaciones; de esta manera quizás algunas de las pruebas de cribado e intervenciones preventivas serían priorizadas de otra manera o incluso algunas dejarían de realizarse. No se trata de fomentar posturas maximalistas enfrentadas, pero sí de incitar a la deliberación plural y pluridisciplinar sobre la idoneidad de las intervenciones. Debería entenderse también que el rechazo por parte de los ciudadanos de algunas pruebas, a menudo vividas como imposiciones, debería aceptarse con mayor naturalidad como muestra de respeto, y de manera especial cuando no realizarlas no supone riesgo alguno para terceros o escaso para el propio individuo al que se le propone.

La salud pública bien podría adoptar una mayor preocupación por el respeto a la voluntad de las personas que de manera incipiente ha ido incorporando la medicina asistencial, y esta, por su parte, debería tener más presente la distribución justa y equitativa de los recursos puestos a su disposición.

Como decía anteriormente, hay ciertas situaciones de desigualdad que generan diferencias tan obvias en salud que no precisan de mucho mayor análisis y reflexión, más cuando hemos visto que los informes que se redactan al respecto no modifican las decisiones que se toman. Se trata de encontrar nuevas estrategias que pongan la solidaridad y el respeto al prójimo como valores prioritarios de los sistemas de salud. Una mayor participación del ciudadano a todos los niveles facilitará encontrar esta estrategia.

Deberíamos partir de la premisa de que velar por la dignidad de las personas, una distribución justa de los recursos y el establecimiento de prioridades de manera equitativa no son cuestiones técnicas que deban ser resueltas exclusivamente por los especialistas, sino que son cuestiones que, en virtud de su contenido ético, requieren una reflexión y una actuación verdaderamente colectiva.

## Javier García León

### Asesor técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía

A partir del seminario *Ética, crisis y salud pública* me surgieron dos ideas que quiero compartir: la deliberación ética en el proceso de toma de decisiones políticas y el concepto de nicho socioecológico en el abordaje de la exclusión social.

La reducción de los gastos en salud y políticas sociales ha sido una medida para reducir el gasto público en algunos países, incluido España. Estas medidas, emanadas de las autoridades monetarias europeas, han sido ejecutadas en España sin que el proceso de toma de decisiones se vea como justo por la población española.

Esta decisión ha sido analizada desde distintos puntos de vista, pero no lo ha sido suficientemente desde la perspectiva ética. Un trabajo reciente nos puede servir de ayuda para esta aproximación ética<sup>1</sup>. Los valores y principios tenidos en cuenta por las autoridades económicas europeas pueden coincidir o no con los de los ciudadanos de los países a los que les son aplicadas sus decisiones, pero además no son coherentes con los valores y principios comunes en los sistemas sanitarios establecidos por la propia Unión Europea: equidad, solidaridad, universalidad y acceso a cuidados de calidad<sup>2</sup>.

Cuando los gobiernos tienen que repartir los escasos recursos entre los distintos sectores se les plantea un dilema moral, y su decisión debería estar basada en la justa distribución del bienestar en la sociedad. Powers y Faden<sup>3</sup>, en su teoría ética de la justicia, plantean que el bienestar tiene varias dimensiones que han de tener unos mínimos asegurados para todos: salud, respeto, seguridad, autodeterminación, raciocinio y pertenencia. Son elementos irrenunciables y además, en el caso de la salud, esta está estrechamente relacionada con los demás, de tal manera que algunos de ellos son considerados sus determinantes. Esto nos conduce a planteamientos de cooperación entre sectores en lugar de a la competición por los recursos.

Daniels y Sabin<sup>4</sup> nos ayudan a establecer un mínimo análisis ético para la distribución escasa de recursos en tiempos de recesión en los que no pueden ser cubiertas todas las necesidades: si no se puede garantizar justicia, al no ser suficientes los medios que garantizan el bienestar, al menos ha de ser justo el procedimiento de toma de decisiones con una sensata rendición de cuentas. Para que la distribución de recursos pueda ser justa y legítima, es preciso un proceso deliberativo que, para que a su vez sea justo, ha de cumplir las siguientes condiciones:

1. El proceso ha de ser transparente, incluyendo en el razonamiento subyacente las decisiones que se han tomado.
2. Las decisiones han de ser tomadas con razones fundamentadas y relevantes, con el acuerdo de las partes implicadas.
3. Cualquier decisión puede ser modificada si aparecen nuevos argumentos para su revisión.
4. Las decisiones no pueden ser discriminatorias o estigmatizantes.

Estos criterios están muy alejados del proceso de toma de decisiones en nuestro país. La ausencia de una cultura de rendición de cuentas de los responsables políticos y de transparencia de los organismos públicos va acompañada de un uso insuficiente de la evidencia en la toma de decisiones y de falta de sensibilidad sobre los efectos que las medidas puedan tener en las desigualdades sociales.

Son precisamente estas desigualdades las que ya sabemos que se han incrementado a consecuencia de la crisis. La exclusión social ha pasado entre el año 2007 y el 2012 de afectar al 23 % de la población a hacerlo al 28 %; el porcentaje de hogares en extrema pobreza ha pasado en este período del 4 % al 8 %. La desigualdad aumenta debido a que quien más se ha empobrecido es la clase obrera, y en especial los trabajadores no cualificados. Los profesionales liberales, los directivos y los empresarios con asalariados son los menos perjudicados por la crisis, tanto en relación con el paro como respecto a la pérdida de ingresos<sup>5</sup>.

Para el análisis de esta exclusión resultó muy esclarecedora la presentación de Begoña Román en el seminario, en la que mostró los factores de riesgo para caer en la exclusión, así como los nuevos tipos de exclusión social. Nos hablaba de un factor de riesgo que es la carencia de recursos materiales, a la que se le ha dado respuesta tradicionalmente desde el asistencialismo, y de cómo en la situación actual de ha vuelto a planteamientos de beneficencia (por otra parte, se observan iniciativas de leyes denominadas de renta básica de subsistencia para personas sin recursos, que han generado controversia precisamente por su abordaje de ayuda personal y no colectiva)<sup>6</sup>. El segundo factor de riesgo a que se refería era la falta de capacidades personales y sociales, y el tercero la ausencia de vínculos; obviamente, la pérdida de empleo desencadena o puede desencadenar, en función de los apoyos con que se cuente, estos factores de riesgo juntos. Hizo referencia igualmente a los nuevos perfiles de excluidos: jóvenes, mayores de 50 años y familias monoparentales y mayores que pueden expresar de forma distinta esos factores de riesgo.

Esta intervención me ha sido interesante para establecer estrategias de intervención, pues la intervención en las personas en riesgo de exclusión no puede basarse en estudio de enfermedades, ni siquiera de atención a personas aisladas. He recordado un concepto que explicaba el profesor Enrique Nájera, que consistía en establecer un abordaje por lo que llamaba «nichos socioecológicos». Cada uno de estos nichos se caracterizaría por unas formas de producción, relaciones y valores determinados que son los que propiciarían una forma de vida que se traduciría en una forma propia de enfermar y morir. Nuestro interés no se centraría en medir los efectos en forma de hábitos, enfermedad o muerte, sino en intervenir sobre los factores que propician el desarrollo y mantenimiento de la exclusión social.

Este concepto nos llevaría a interesarnos más por las condiciones de vida de las personas que por la evolución de los recursos que sustentan el proceso asistencial o el resultado en términos de enfermedad. Los factores de riesgo y nuevas modalidades de exclusión expresados por Begoña Román podrían ser un buen punto de partida como definición de los nichos socioecológicos en los que viven las personas más vulnerables a la crisis.

### Referencias bibliográficas

1. Schröder-Bäck, P.; Stjernberg, L., y Borg, A. M. «Values and ethics amidst the economic crisis», *Eur J Public Health*, 23, 2013, págs. 723-724.
2. Council of the European Union. «Council conclusions on common values and principles in European Union health systems (2006/C 146/01)», *Offic J Eur Union*, 49, 2006, C146, págs. 1-3.
3. Powers, M., y Faden R. *Social justice: the moral foundations of public health and health policy*. Nueva York: Oxford University Press, 2006.
4. Daniels, N., y Sabin, J. E. «Accountability for reasonableness: an update», *BMJ*, 337, 2008, pág. a1850.
5. Martínez García, J. S. *¿Cómo afecta la crisis a las clases sociales?* Madrid: Fundación Alternativas, 2014. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/libros-e-informes/zoom-politico/como-afecta-la-crisis-a-las-clases-sociales>
6. Torres, J. «¿Necesitamos una renta básica?», *El País Andalucía*, 8 de diciembre de 2013. Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/12/05/andalucia/1386274193\\_418617.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/12/05/andalucia/1386274193_418617.html)

## David Larios Risco

### Vicepresidente de la Asociación Juristas de la Salud

#### *I. Las poblaciones particularmente vulnerables a la crisis y las intervenciones preventivas (sanitarias y no sanitarias) más eficaces*

La puesta en marcha de medidas para paliar los efectos de la actual crisis económica, financiera y política sobre la salud de la población cuentan, además de con un marco ético, con un marco jurídico bien definido.

La ética de mínimos representada por las normas jurídicas aprobadas en el seno de un Estado social y democrático de derecho obliga a los poderes públicos, no ya de un modo voluntarista, sino de forma preceptiva, a emprender acciones para paliar los efectos directos e indirectos de la pérdida de calidad de vida de la población.

La Constitución española de 1978 encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (art. 43.1); a promover las condiciones para la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, social, económico y cultural (art. 48); a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran (art. 49), y a promover el bienestar de los ciudadanos de la tercera edad mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio (art. 50).

Estos mandatos constituyen principios rectores de la política social y económica que han de inspirar la legislación positiva y la acción de los poderes públicos. En desarrollo de estos principios se han dictado numerosas leyes y disposiciones reglamentarias que sería tedioso enumerar aquí, pero cuyo fin último es —o ha de ser— la garantía de unos niveles dignos de protección para los ciudadanos.

La grave afectación a estos principios rectores que se está produciendo como consecuencia de las medidas adoptadas para paliar la crisis financiera, en

particular a través de disposiciones urgentes que se insertan en el ordenamiento jurídico sin las garantías propias de un trámite legislativo ordinario mediante el abuso de la fórmula de los Reales Decretos-Leyes, lejos de paliar los problemas sanitarios y sociales, están contribuyendo a agravarlos.

La presión ciudadana y los posicionamientos de sociedades científicas, organizaciones sindicales, entidades sin ánimo de lucro, etcétera, no parecen suficientes para que los poderes públicos replanteen su estrategia de recorte de prestaciones sociales, con lo que buena parte de las normas y acciones que se están emprendiendo comprometen seriamente los mandatos constitucionales de protección a la salud y fomento del desarrollo social enunciados en la Constitución, incrementando el riesgo de exclusión sanitaria y social de las personas más vulnerables.

En este escenario, el debate ético y el posicionamiento reivindicativo resultan obligaciones ineludibles de la ciudadanía. La reflexión ética y jurídica en torno a la justicia distributiva en el empleo de los recursos públicos es el reto y la asignatura pendiente.

#### *II. Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: realidad o mito*

Los datos sobre muertes por suicidio en España han empeorado de manera inequívoca desde el inicio de la crisis, de tal forma que la situación actual puede calificarse sin paliativos como un grave problema de salud pública, una auténtica epidemia silenciosa, habida cuenta de que los poderes públicos, lejos de encarar el problema y de articular acciones y políticas preventivas, silencian la situación muy probablemente por la doble circunstancia de ocultar uno de los más vergonzantes efectos de la crisis económica, y de negarse a reconocer que las tasas de suicidio existentes en España denotan que estamos fracasando como sociedad.

Esta actitud pasiva y de ocultación de los poderes públicos representa, al margen de una vulneración de los postulados éticos de responsabilidad, beneficencia y justicia, una clara desatención a las obligaciones encomendadas por la normativa de aplicación. Sin ánimo de exhaustividad, las administraciones públicas titulares de los servicios sanitarios y sociales estarían desconociendo

las obligaciones impuestas, entre otras normas, por la vigente Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, de información a la población sobre la presencia de riesgos para la salud de la población (art. 10), de vigilancia de la salud pública, que requiere contar con sistemas de alerta precoz y respuesta rápida para la detección y evaluación de incidentes, riesgos y otras actuaciones (art. 12), así como de las obligaciones relativas a la promoción (art. 16) y fomento de la salud (art. 17).

La atávica creencia de que publicitar los datos de muertes por suicidio provocaría un efecto llamada en la población (el llamado efecto Werther) no puede servir de excusa para que los poderes públicos continúen eludiendo su responsabilidad sobre este problema, ni para que mantengan la dejación de funciones en este ámbito de la salud pública, de forma que tal prejuicio siga produciendo tan serios perjuicios.

### **III. Utilización moralmente correcta de los servicios sanitarios públicos en tiempos de crisis: el papel de los profesionales y el papel de los usuarios**

La amplitud con la que tanto el Estado como las comunidades autónomas han regulado los derechos de las personas en relación con los servicios sanitarios públicos, mediante inacabables listados de «derechos», nos lleva a plantearnos la necesidad de que tales y tan retóricos derechos encuentren su correlato en la obligación de los ciudadanos de hacer un uso correcto, razonable y responsable de tales servicios.

Respecto a los profesionales, la Ley de ordenación de profesiones sanitarias incluye deberes de uso adecuado y racional de los medios diagnósticos y terapéuticos que administran como servidores públicos.

La escasez de medios y recursos provocada por los recortes en los presupuestos destinados a sanidad y servicios sociales puede ser una oportunidad para modificar pautas de consumo irresponsable de recursos por parte de los ciudadanos y también de los profesionales. El papel de estos últimos es clave, ya que la mayor parte de la demanda sanitaria no la decide la población, sino que viene inducida precisamente por los propios profesionales mediante los actos de indicación y prescripción.

## **Ricard Meneu**

### **Vicepresidente de la Fundación del Instituto de Investigación en Servicios de la Salud de Valencia**

En la primera sesión, «Las poblaciones particularmente vulnerables a la crisis», se ha adoptado una perspectiva quizás excesivamente general, señalando aquellas acciones estructurales que deberían presidir las recomendaciones desde la salud pública ante la crisis: la ineludible transversalidad que implica poner un acento especial en la educación como una de las mayores salvaguardas frente a la desigualdad; la necesidad de un proceso regulatorio más eficaz, transparente y responsable que limite la intrusión de intereses particulares frente al social; políticas de empleo atentas a los diferentes grupos con especiales riesgos de exclusión, o el fortalecimiento de todas aquellas políticas de movilidad que reducen la contaminación y promueven la actividad física. Todas estas orientaciones, consideradas sanitariamente deseables y moralmente adecuadas, deberían formar parte de un catón que recordar en todo tipo de manifiestos, artículos, comentarios y discursos.

Pero una crisis parece reclamar además acciones concretas, coyunturales y fácilmente monitorizables que, además de promover el beneficio común, limiten la afectación de los más inequívocamente vulnerables. Será, pues, necesario debatir, más y pronto, qué actuaciones responden a estas características y sobre quiénes se deben focalizar, aunque ello obligue a dilucidar si su abordaje debe adoptar más una perspectiva individual o sobre grupos seleccionados. En cualquier caso, estimo prioritario añadir a la insistencia en las grandes líneas rectoras de las deseables actuaciones de salud pública, una rápida y concreta definición de medidas relevantes, prioritarias y de eficacia suficientemente probada que contribuyan a garantizar una forma paliativa de *maximin*.

En otro sentido, en el ámbito de la asistencia sanitaria se están haciendo esfuerzos para disponer de inmediato de listas concretas, específicas y científicamente validadas, de procedimientos e indicaciones que no deben seguirse prestando, porque su uso sin aportación de valor detrae recursos, ahora especialmente escasos, a alternativas más deseables. Aunque, a la vista de lo ya

discutido, cabe prever dos escenarios poco propicios para lograr avances por esta vía: por un lado, la escasa disponibilidad del conjunto de nuestros gobernantes a adoptar medidas razonables, basadas en el conocimiento y justas, y por otro, la reacción airada de la ciudadanía interpretando que toda reducción de prestaciones es un «recorte» de derechos y un atentado a la equidad. Por más que ya hayamos argumentado que «el despilfarro no está sometido a reglas morales sobre su distribución, siendo en todo caso inmoral en sí mismo»<sup>1</sup>.

En la segunda sesión, «Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: ¿realidad o mito?», se plantean dos objeciones mayores: una a los datos empleados y su uso argumental, junto a otra referida al inapropiado interés por emplear el suicidio como indicador.

En cuanto a los datos y su empleo retórico, la debilidad metodológica de buena parte de los trabajos argüidos y su difícil encaje con el discurso que se pretende hilvanar sobre ellos es hasta irritante. En particular, el trabajo de López Bernal *et al.*<sup>2</sup> —que no debería haber superado una revisión por pares competente, tal y como apuntan algunas de sus réplicas<sup>3</sup>—, más que avalar los discursos prejuiciados que lo enarbolan, los refuta, pues presentado como evidencia española de incremento de suicidios a mayores tasas de paro, el pico —¿artefacto?— que identifica se produjo en un momento previo al que generalmente data la crisis. Y desde entonces, la galopante pérdida de puestos de trabajo nunca se ha apareado con cifras tan altas de autólisis.

Por otro lado, sin pretender obviar la importancia de los problemas de salud mental en buena parte de los suicidios, parece un craso error pretender convertir el suicidio en la expresión suprema —siempre y en todos sus casos— de la enfermedad mental. No debería ser difícil admitir que ante el hundimiento irreparable de todo un proyecto vital y la falta de perspectivas de resolución satisfactorias, la decisión soberana de poner fin a la propia vida puede ser en estas circunstancias totalmente ajena a cualquier trastorno psiquiátrico.

En la tercera sesión, «Para una utilización moralmente correcta de los servicios sanitarios públicos en tiempo de crisis», se muestra una amplia coinci-

dencia con el descontento expresado por Pablo Simón no tanto con las actuaciones concretas como con «el mapa que dibujan». Pero no parece adecuado sustituir esa cartografía por una que redibuje las formas del país de Oz, como parecen apuntar demasiadas proclamas que pueden equipararse al ruego de Dorothy entrechocando los talones de sus chapines: «¡Quiero volver a casa, quiero volver a casa!» («*Take me home to Aunt Em!*»)<sup>4</sup>.

Y esto porque tras varias décadas estudiando la variabilidad de la utilización de servicios en el Sistema Nacional de Salud y su adecuación, intentando aproximar mediciones de su calidad y seguridad, aun reconociendo sus obvios logros y temiendo los peores aspectos de la *terra ignota* hacia la que derivamos, no es el puerto de partida hacia el que creo que deba guiarse nuestra ruta.

Aunque a la vista de las sorpresas que aún depara para muchos profesionales un relato riguroso de la evolución de nuestros copagos, como el presentado por Jaume Puig, asaltan dudas sobre la fundamentación de algunas convicciones. Si se ignora que el copago ya existía desde hace décadas, que era de elevada intensidad y sumamente injusto en su distribución, proclamar la inmoralidad de su actual diseño por atentar contra la igualdad o contra una gratuidad solo imaginada o azarosamente disfrutada, permite extraer penosas conclusiones. Principalmente que ciertos «principios morales», o mejor, cierta interpretación de estos, parece que puedan ir por barrios, o por países, declarándose éticamente inaceptable lo que en países con mayor atención a las desigualdades sanitarias es práctica común y evaluada. O peor, que la reflexión que lleva a aquellas se construye sobre palmarias —e inexcusables— carencias de información. Querer volver a ser como nunca fuimos meramente porque algunos creyeron que era así, ni valida la Arcadia pretendida ni garantiza que el diseño reclamado y previamente inexistente esté bien fundamentado, al haberse construido desde el sesgo perceptivo, el desconocimiento o la ignorancia interpretativa.

### Referencias bibliográficas

1. Urbanos, R., y Meneu, R. «La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes». En: Rodríguez, M., y Urbanos, R. (comps.): *Desigualdades en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier-Masson, 2008.
2. López Bernal, J. A.; Gasparrini, A.; Artundo, C. M., y McKee, M. «The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis», *Eur J Public Health*, 23, 2013, págs. 732-736.
3. Librero, J.; Segura, A., y López-Valcárcel B. «Suicides, hurricanes and economic crisis», *Eur J Public Health*, 11, 2013. Disponible en: doi:10.1093/eurpub/ckt167. [http://www.researchgate.net/publication/258313898\\_Suicides\\_hurricanes\\_and\\_economic\\_crisis?ev=prf\\_pub](http://www.researchgate.net/publication/258313898_Suicides_hurricanes_and_economic_crisis?ev=prf_pub)
4. Baum, L. F. *The wonderful wizard of Oz*, 1900. Disponible en: <http://etext.lib.virginia.edu/modeng/modengB.browse.html>

## Màrius Morlans Molina

### Comisión de Deontología del COMB, Comité de Bioética de Catalunya

#### *El significado político de las palabras: asegurado o ciudadano*

Los tiempos de crisis económica propician la crisis de los ideales. Aunque sería mejor decir que son propicios o aprovechados para socavar aquellas ideas que no encajan con el que parece ser el único motor actual de la economía, el continuo enriquecimiento de unos pocos. Y es ese sentido, una idea que quiere imponérsenos, la de la insostenibilidad del actual sistema público de salud. Esa es la consigna que propagan los neolibertarios partidarios de la financiación privada de los servicios básicos.

Y bajo esa consigna se emprenden iniciativas como el Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril que establece las nuevas medidas de reforma del sistema sanitario público. Entre ellas, la reintroducción del concepto de asegurado y beneficiario con lo que, de hecho, se limita el acceso a la asistencia sanitaria pública. Ello supone un retroceso al sistema de Seguridad Social previo a 1986, cuando se optó por la financiación del sistema público de salud por medio de los impuestos.

La exclusión de la asistencia pública de los colectivos que no coticen a la Seguridad Social y con riesgo de marginación, como los inmigrantes sin papeles o los jóvenes en paro, a los que no se deja otra puerta de entrada en el sistema que los servicios de urgencias, resulta una medida contradictoria con la aparente finalidad del decreto, el ahorro de recursos.

La atención exclusiva de los que no tienen cobertura a través de los servicios de urgencias representa un mayor gasto sanitario. Los pacientes son atendidos cuando la enfermedad está más avanzada y con complicaciones más graves que requieren mayores recursos, entre ellos, un mayor número de ingresos hospitalarios. Al mismo tiempo, se fomenta la atención indiscriminada de todo tipo de pacientes en los servicios de urgencias lo que distorsiona su funcionamiento y contribuye a su ineficiencia.

Tampoco se puede concebir que la sanidad pública cumpla con los objetivos de promoción de la salud comunitaria, vigilancia y prevención de los problemas de salud sin la integración y la atención de los colectivos más vulnerables y con riesgo de exclusión social.

Así pues, hoy más que nunca, conviene recuperar y reivindicar la condición de ciudadano, restringiendo los conceptos de asegurado y beneficiario al ámbito del mutualismo privado porque son incompatibles con nuestra concepción del sistema público de salud. Es la condición de ciudadano la que acredita para acceder a los servicios públicos. Y ello se fundamenta en la convicción política de que la igualdad entre los miembros de la comunidad, fuente de la convivencia, solo se puede ejercer de manera efectiva si va asociada a unos derechos básicos inherentes a dicha condición.

Ahora, como siempre y quizás con mayor ímpetu, debemos recuperar los ideales compartidos que han hecho de nuestro sistema sanitario un instrumento de cohesión social y de justicia distributiva. Debemos renovar el compromiso cívico de atender las necesidades básicas de las personas con independencia de su contribución a la creación de riqueza y de que los más desposeídos deben ser atendidos en las mismas condiciones que los que más tienen. Y que si tiene que haber desigualdades, debe ser para paliar los efectos de la pobreza y la marginación en la salud.

Y ello no por una cuestión de caridad si no por una cuestión de justicia. Por la firme convicción de que los iguales por ley, los ciudadanos, deben ser tratados como iguales de hecho. Este es el fundamento de la justicia social. Que se inspira en uno de los principios olvidados de la trilogía republicana que sustenta la convivencia democrática, la fraternidad. Ya va siendo hora de recuperar y repensar dicho principio poco citado, quizás por incomprendido. Un significado potente es pensar la fraternidad como el ejercicio de la solidaridad entre iguales, como el principio que sustenta la convicción y el compromiso de hacer efectiva la igualdad en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas.

### **La información estadística como motivo de esperanza**

La cuestión sobre si la tasa preocupante de suicidios puede estar relacionada con la crisis económica suscita todo tipo de preguntas sobre la pretendida

objetividad científica de las investigaciones de campo. No es fácil poder establecer relaciones de causalidad más allá de las asociaciones temporales. O evitar que el bagaje intelectual y la intención del investigador influyan en la elección de la metodología y en la interpretación de los resultados. Con ser interesantes estas cuestiones, no deben desviar nuestra atención sobre la evidencia de las estadísticas cuando nos muestran que el suicidio ha desplazado a los accidentes de tráfico como la primera causa de muerte entre la población joven española.

Ambas causas de muerte son evitables y ello debe alentar las políticas preventivas correspondientes. Es notable la reducción de las atribuidas a los accidentes de tráfico como consecuencia de la creciente sensibilización de la población fruto, entre otras medidas, de la información constante sobre el número de víctimas y la comparación mensual y anual.

Y aquí es adecuada la reflexión sobre el papel de la información estadística en mantener y consolidar las políticas de salud pública estimulando la necesaria colaboración de la ciudadanía. Camus, en *La peste*, narra de manera magistral el impacto en la moral de la población de la mortalidad diaria registrada por Grand, el modesto funcionario municipal. Todos están pendientes de la curva que asciende día a día y cuando se transforma en meseta, la esperanza de que es posible acabar con la epidemia refuerza la actitud y la confianza de los ciudadanos en las medidas higiénicas adoptadas por los responsables sanitarios.

Confiemos en el poder benéfico de la información cuando es respetuosa con las víctimas y esperemos que la difusión de los resultados de las incipientes medidas preventivas en personas con riesgo de suicidio contribuya a generalizarlas estimulando la implicación de las personas más próximas.

### **Renovar la «militancia» en y por el Sistema Nacional de Salud**

Se ha hablado poco y se ha escrito menos sobre el papel de los profesionales de la salud y de la educación en los inicios de la democracia. En esos años cruciales, la voluntad democrática de dichos colectivos primó sobre las reivindicaciones laborales. El convencimiento de que la consolidación de la

democracia era prioritaria aparcó las movilizaciones por cuestiones, como las salariales, que podían contribuir a desestabilizar la precaria convivencia.

Los intereses democráticos ampliamente compartidos por los profesionales de la salud se tradujeron en el compromiso de consolidar un sistema sanitario público de calidad. No solo trabajábamos en la sanidad pública, sino que lo hacíamos convencidos que era nuestra contribución a la consolidación de la incipiente convivencia democrática. En este sentido podemos afirmar que «militábamos» en y por la sanidad pública.

Recuperar ese espíritu hoy es más necesario que nunca aunque las circunstancias obliguen a tener presentes las reivindicaciones salariales. Porque ahora la democracia ya está consolidada. Eso sí, de baja calidad, pero consolidada. Y es inadmisibles el recurso a los recortes salariales de los servidores públicos como única alternativa a la crisis económica. Es la reacción de tipo funcional y mentalidad administrativa de quienes carecen de voluntad y capacidad para liderar los cambios políticos que eviten los oligopolios y la especulación con fondos financieros tóxicos.

Sin dejar de denunciar los recortes injustos debemos comportarnos como lo que somos, el activo más valioso del sistema. Contribuir a mantener la confianza de los ciudadanos con el trato respetuoso y la información veraz, garantizando la mejor asistencia posible con los medios de que disponemos. De hecho, la viabilidad del sistema estriba en hacer un uso justo y adecuado de aquellos recursos que nos son confiados. Es una ocasión para dar un paso al frente y exigir una mayor participación en la gestión de los centros de salud y de los hospitales. Debemos de poner el acento en el trato personalizado y en el concepto de cuidar a las personas, fomentando la capacidad de autocura y ser críticos con el sobreuso inadecuado de la tecnología médica, incluyendo la polimedicación.

En definitiva, debemos recuperar el viejo espíritu de militancia en y por el SNS y ponernos, como siempre pero con ideas renovadas, al servicio de nuestros conciudadanos. Alguien intentará descalificar esta actitud como puro voluntarismo. Y le doy la razón de antemano. Porque es la voluntad la que mueve al compromiso por aquello que vale la pena.

## Joan M. V. Pons

### Asesor científico de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

#### *Crisis, ¿qué crisis? (Supertramp, 1975)*

El título no es para menoscabar la realidad actual con la peor crisis financiera (inicialmente) y económica (subsiguientemente) desde el crac del 29. Recuerdo que al principio se hablaba de falta de liquidez, pero acabó siendo falta de solvencia. Hay que tener presente, no obstante, y de ahí el recuerdo a la canción de Supertramp, que el sistema capitalista, engrandecido al desaparecer su rival político-económico y con esa necesidad constante de crecimiento (medido según producto interior bruto, progreso tecnológico y no tanto humano), sufre de crisis periódicas, bien sea por exceso de producción, por precios desbocados —más acuciante si se trata del de algún recurso natural esencial—, por abuso de productos financieros «tóxicos» (la estafa que muchos dicen) o por burbujas, desde la de los tulipanes a la inmobiliaria. Sea la causa que sea, acaba conduciendo a una pérdida general de confianza (no solo de los inversores) y de expectativas.

No hay duda de que esta es una crisis grave y profunda y que el grado de globalización actual (aunque a finales del siglo XIX ya hubo una etapa muy importante de interconexión comercial), la innovación tecnológica presente (las tecnologías de la información y comunicación con la economía del conocimiento que se predica) y la misma fase de desarrollo capitalista pueden hacer pensar que entramos en una nueva etapa en el sistema económico y social imperante. Sin embargo, los cambios de paradigma solo pueden definirse a posteriori. Las desigualdades sociales, que ahora se han acentuado, ya estaban presentes antes de iniciarse la crisis actual. El sistema capitalista y el crecimiento económico en que se fundamenta (más y más) generan necesariamente desigualdades sociales, sea en renta, en oportunidades o en bienestar. Pero estas se empezaron a hacer más manifiestas a finales de la década de 1970, fueron creciendo y ahora, con la crisis galopante, se han acentuado en extremo.

Estas diferencias sociales, más presentes dentro de un mismo país que entre países —atendiendo al grado de desarrollo económico—, afectan sin duda a la

salud o a sus determinantes, aunque pueda haber discrepancias sobre si los efectos son, todos o algunos, positivos o negativos. En retrospectiva, el crac del 29 también tuvo algunos efectos favorables en términos de salud. Más recientemente, el caso de Cuba se cita como un experimento natural. Durante el denominado «período especial», cuando se acabaron las subvenciones soviéticas, hubo una mejora notable en los índices de obesidad y diabetes y otros factores de riesgo, pero estos se volvieron a deteriorar cuando la economía empezó a recuperarse. Pero tan importante es el problema como la respuesta a él. En este sentido, no hay que olvidar que la austeridad, presentada como solución obligada ante la crisis, comporta graves consecuencias y perjudica, sin duda alguna, a los más desfavorecidos y vulnerables<sup>1</sup>. Pero la austeridad también es una virtud, como la prudencia y la templanza. Por el contrario, la usura, la avaricia, el derroche y la ostentación hasta ahora siempre se habían rechazado.

La crisis económica, que como tal es social, afecta a la salud tanto individual como colectiva. Aunque pueda parecer paradójico, los más acomodados, como señala Wilkinson y Pickett, también se ven perjudicados por este exceso de desigualdad<sup>2</sup>, aunque para ellos pueda suponer un incentivo para ejercer la filantropía (papel del individuo y entidades caritativas y no del Estado en la ayuda a los desfavorecidos para igualar las oportunidades), pudiendo ejercer así la (necesaria) redistribución de su exceso de riqueza según gusto y conveniencia.

Aunque las consecuencias de la crisis puedan modificar hábitos —menor o mayor sedentarismo, menos tráfico y accidentes o más conducta de riesgo, más comidas caseras con frutas y verduras o más comida rápida barata, reducción en «vicios» costosos o su contrario, como en tabaco, alcohol u otras adicciones—, no parece haber duda de que es la salud mental la que se ve más perjudicada. Se habla de mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos y de aumento en el número de suicidios. Siendo siempre difícil llevar un buen registro de estos últimos, sobre el consumo de fármacos hay que decir que su escalada ya estaba presente antes de la crisis, y esta solo ha hecho que exacerbar la tendencia. El estrés, la competitividad excesiva, el afán desbocado de consumo y posesión, la frustración resultante de la percepción de un mayor bienestar relativo en los más próximos respecto al nuestro, los «modelos sociales» que se

promueven y tantas otras cosas más no se puede decir que contribuyan a una sociedad sana y a una (mínima) satisfacción personal<sup>3</sup>.

Siendo las expectativas las que generan confianza e inversiones (ahorro puesto a producir), un apunte final: como señalaba recientemente un economista, se empieza a hablar de mejora en el ciclo, de crecimiento (producto interior bruto) aunque pequeño, de ascensos notables en la exportación con balanza comercial positiva en muchos años, de cierta estabilización en el desempleo y menor estacionalidad, de recuperación de confianza y aumento del consumo, de la vuelta de la inversión extranjera, etcétera, pero pocos hablan del modelo económico que se persigue. Da la impresión de que, si es que realmente es así y se atisba el final del túnel, se esté saliendo de la crisis con más de lo mismo, sin siquiera haber reformado el sistema institucional y social, tan aquejado de corrupción, haber aminorado las desigualdades o haber revertido el descrédito máximo que han alcanzado los políticos y los partidos. Aquello que se denomina la «casta o élites extractiva» sigue impertérrita. No hay duda de que es una crisis económica y financiera intensa, a la que se une la particularidad ibérica de crisis institucional y territorial. Pero son también los valores lo que ha entrado en cuestión. Como acertadamente se ha señalado, se requieren cambios profundos y a distintos niveles para mejorar en transparencia y participación y regenerar el sistema, también el de la salud<sup>4</sup>. Sin buen gobierno no avanzamos.

### Referencias bibliográficas

1. Stuckler, D., y Basu, S. *El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata*. Madrid: Taurus, 2013.
2. Wilkinson, R., y Pickett, K. *The spirit level. Why equality is better for everyone*. Londres: Penguin Books, 2010.
3. Slidelsky, R., y Slidelsky, E. *¿Cuánto es suficiente? Qué se necesita para una buena vida*. Barcelona: Crítica, 2012.
4. Meneu, R., y Ortún, V. «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis». *Gac Sanit* 25, 2011, págs. 333-338.

## Bernabé Robles del Olmo

### Presidente del Comité de Ética Asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Hace casi 40 años<sup>1</sup> que disponemos de datos que demuestran que los factores socioeconómicos son los más determinantes en la salud de la población<sup>2</sup>. Su influencia es claramente superior a la de, por ejemplo, el propio sistema sanitario<sup>3</sup>. Por tanto, parece razonable trabajar con la hipótesis de que el deterioro de las condiciones socioeconómicas de la mayoría de los individuos tendrá una repercusión, tarde o temprano, en los indicadores de salud. De todas maneras, parece razonable medir este impacto para constatarlo. Lo que ocurre es que disponemos de indicadores de salud pública quizá demasiado generales y que reaccionan de forma tardía a los cambios reales en el estado de salud de las personas.

Sabemos también que no solo la renta absoluta determina desigualdades en salud. Una asimetría en su distribución, así como una debilidad en el tejido social de apoyo, son también factores relevantes. Es decir, tanto el aislamiento como la posición relativa percibida por cada individuo respecto a sus conciudadanos pueden condicionar problemas de salud. El vínculo entre economía y salud puede ser directo (limitación del acceso a factores protectores: alimentación, vivienda, servicios de salud, etc. y/o exposición a factores de riesgo: contaminantes, infecciosos, tóxicos, etc.) o indirecto (limitaciones educativas o repercusión psicológica de las sensaciones de frustración y/o impotencia derivadas).

Pero en cualquier reflexión ética debemos ser rigurosos con los términos y cautelosos con los prejuicios. Esclarecer los hechos siempre es relevante. Lo primero es situar bien de qué estamos hablando. Bioética es diálogo entre hechos y valores. Exponer solo los hechos sería mera reseña, y hablar solo de valores sería mera ideología. Por tanto, posiblemente la primera reflexión moral al abordar «la crisis» se sitúa en el marco de la ética de la comunicación. Se entra en crisis porque alguien dice que lo estamos y, a partir de ahí, deja de fluir el dinero en sentido descendente. Cuando menos se deben matizar algunos términos y «muletillas».

*Crisis* no es un término necesariamente negativo. La crisis también es cambio, mejora continua, reflexión, arrepentimiento e ilusión. La crisis no debería ser excusa, sino oportunidad. Los cambios significativos para la humanidad, desde que decidió que la sociedad era indispensable para su supervivencia, siempre se han generado en tiempos de crisis. El propio origen de la sociedad misma fue un momento de estrés ecológico, de crisis pues.

*Austeridad* es un término tampoco necesariamente negativo. La práctica de la austeridad no debería depender, cuando menos en lo público, de que nos encontremos en una situación macroeconómica problemática. La austeridad está en la base de una gestión honrada y responsable de lo público (aquello que a todos pertenece y/o concierne). Como muchas otras palabras con buena prensa («ético» sin ir más lejos) ha sido sobreutilizada como eufemismo de «recortes lineales exentos de criterios de justicia y sin una reflexión previa sobre su eficiencia». Se recorta lo eficiente y lo ineficiente en nombre del «bien común» y la «sostenibilidad» (otra palabra «bonita» que ha hecho fortuna). Desde esta óptica se desvirtúa el verdadero significado de austeridad, reduciéndola a pura y dramática aritmética.

Las cuestionables versiones de la austeridad a las que asistimos en los últimos años han condicionado un empeoramiento de las condiciones de vida y una frustración de expectativas en los estratos medios y bajos de la sociedad. Sin querer alentar teorías de la conspiración, cuesta descartar a la ligera la hipótesis de que una/la finalidad de la crisis no sea invertir la tendencia, iniciada desde que se abolió teóricamente la esclavitud, a que los trabajadores tengan cierto grado de autonomía, proyecto vital o ambiciones. ¿No estaremos delante de revisionistas nostálgicos de los talleres textiles del Reino Unido o de los campos de algodón americanos del siglo XIX? ¿Deberemos volver a leer a Dickens para saber adónde vamos?

La culpabilización de los ciudadanos («vivimos por encima de nuestras posibilidades») es también un mensaje recurrente. Probablemente sea una parte del problema, pero no por haberlo generado sino por permitir, a través del consumo, que se mantengan las asimetrías obscenas en salarios y beneficios entre los que tienen el látigo (o la zanahoria) y los que empujan un carro sin destino conocido.

En este punto es vital una reflexión sobre la sociedad misma. La organización en grupos fue un recurso de los primeros homínidos ante la ausencia de recursos impuesta por condiciones externas a ellos. La cooperación fue el valor que permitió la supervivencia de muchos (no de todos). Puede articularse un debate sobre si el eje de dicha cooperación es un genuino altruismo (cooperación desinteresada) o un intercambio recíproco. De hecho, desde su origen todos los mecanismos sociales no son más que una regulación del «hoy por ti y mañana por mí». La gran pregunta es si lo que nos mueve a organizarnos en sociedad es la solidaridad o el propio interés. Seguramente son ambas cosas y, por tanto, resulta inevitable ceder (que no entregar) grados de autonomía, pero siempre en el menor grado y durante el menor tiempo posible. Que la sociedad sea necesaria, como muchos tratamientos médicos, no quiere decir que no deba reflexionar sobre su propia toxicidad.

La única manera de garantizar el mayor grado de respeto a la autonomía de cada uno de nosotros es que exista verdadera *justicia* en el grupo. Por tanto, especialmente en cuestiones públicas, se hace cada vez más necesario proclamar cierta jerarquía de principios morales, con preponderancia de la no maleficencia y, sobre todo, de la justicia. Dicho de otra manera, en sociedad no deberíamos «malversar» los principios de autonomía y beneficencia.

Quizá el principal reto para la salud pública es entrar decididamente en el estudio y gestión de los factores determinantes de salud, más allá de medir resultados. Esto implica impulsar, desde ya, una actitud mucho más proactiva, más política, y quizá más incómoda. No se trata de reeditar el viejo debate entre el pensamiento y el acto, pero no está de más recordar que la acción sin reflexión es mera agitación, y que esta puede ser aprovechada por aquellos que no desean que reflexionemos.

### **Vulnerabilidad y crisis**

La protección del vulnerable está en la raíz que da sentido a la sociedad y es el fundamento intuitivo del principio de justicia. Si partimos de la premisa de la necesidad de una sociedad, es muy relevante definir un «nosotros» (autonomía solidaria y responsable) que trascienda al «yo» (puro individualismo).

Pero tanto la definición de «vulnerable» como los mecanismos de apoyo que ofrecemos tienen importantes implicaciones éticas. Deberíamos hablar más de vulnerabilidad que de «vulnerables». La sociedad tiene una responsabilidad a la hora de definir y corregir estas situaciones. También la tiene cada uno de los individuos a la hora de utilizar o malversar las diferentes esferas de protección que su grupo le ofrece. Es decir, ¿quién debe definir las situaciones de vulnerabilidad y exclusión y cómo? Debemos estar preparados, por ejemplo, para detectar nuevas figuras de exclusión social no clásicamente reconocidas (personas con minisueños, familias monoparentales, etc.). A veces es preciso intervenir sobre los que se están ahogando, para evitar más ahogados.

Las políticas basadas únicamente en el subsidio asumen erróneamente la existencia de dos mundos ficticios separados categóricamente: vulnerables y no vulnerables. Favorecen la pasividad en la vulnerabilidad y no inciden en el núcleo del problema. Pueden, por tanto, tener efectos deletéreos al incrementar, paradójicamente, una vulnerabilidad que queremos reducir.

Es crucial pensar en las potencialidades del «vulnerable» —siempre, pero especialmente cuando su fragilidad es de origen social— y en su responsabilidad ante la ayuda prestada. No se trata de culpabilizar a la persona de su situación, sino de incorporarla a la gestión de su propia vulnerabilidad, ofreciéndole también la recuperación de vínculos sociales beneficiosos. Las personas vulnerables, como siguen necesitando vínculos —el hombre es un animal social—, corren el riesgo de establecer relaciones viciadas (manipulación, maltrato, explotación, etc.), en las que otros vampirizan su dignidad y su autonomía a cambio de supuesta protección o seguridad.

Pero existen instrumentos públicos esenciales para reducir la vulnerabilidad. Por prioridades, situaríamos claramente por delante una educación pública y de calidad, incluso por encima de la existencia de un sistema sanitario público eficiente y universal. Todo ello sin olvidar que, desgraciadamente, abordar el problema de la nutrición infantil se está convirtiendo ya, también en nuestro entorno, en condición indispensable para garantizar un acceso equitativo al conocimiento y, con ello, a una distribución de la renta más uniforme que permita el libre desarrollo de los proyectos personales de

todos. La asimetría en educación y en oportunidades inmoviliza la sociedad y reduce al mínimo la autocrítica y la verdadera política.

Por eso, aunque nos conmueva desde el punto de vista humano la fortaleza que demuestra el llamado «tercer sector» para acometer situaciones límite producto de la vulnerabilidad socioeconómica, la sociedad y sus gestores deberían evitar la autocomplacencia ante la proliferación, por «generación espontánea», de iniciativas ciudadanas de protección social. Una sociedad madura no puede contemplar estos fenómenos abdicando de su principal y primigenia responsabilidad. Algo falla en el contrato social cuando los individuos tienen que volver a reorganizarse en pequeños grupos para cubrir necesidades básicas.

Ninguna persona debe ser instrumentalizada y es siempre digna en sí misma. Se deben encontrar los límites que impidan la instrumentalización de los individuos por parte del grupo, pero también que la sociedad y sus esferas de protección sean instrumentalizadas de forma deshonesto por intereses particulares.

### **Salud mental y crisis. El caso del suicidio**

El principal argumento aducido para vincular las dificultades económicas y el daño a la salud es el estrés y el sufrimiento mental que provocan, especialmente en una sociedad competitiva como la nuestra. Pero no es directamente la crisis la que provoca sufrimiento mental. Generalmente, en el origen del estrés social está la frustración de expectativas socioeconómicas, es decir, el desajuste entre la situación real y la esperada por el individuo.

El suicidio ha sido muy estudiado como símbolo de la repercusión mental del estrés socioeconómico, pero no siempre con metodologías comparables, lo cual dificulta llegar a conclusiones fiables sobre los hechos. Las estadísticas de los diferentes países deben ser valoradas con cautela, puesto que tanto tabús culturales como limitaciones metodológicas pueden generar tasas oficiales autocomplacientes pero falsas.

Pero el suicidio no debe ser visto como un trastorno único al que aplicar el modelo preventivista. El suicidio no es una enfermedad, es una conducta.

Seguramente es un síntoma social mucho más que médico. Solo aquellos suicidios vinculados a alteraciones psicopatológicas de la percepción de la realidad podrían asimilarse a síntomas de enfermedades. Destaquemos que, si bien casi todas las personas que se suicidan tenían trastornos mentales, el suicidio es una rareza entre los enfermos mentales.

En la mayoría de los casos el suicidio es más bien un síntoma de frustración social que un síntoma de psicopatología o de «mala vida». Aunque es difícil obtener estadísticas fiables en el tercer mundo por razones obvias, la prevalencia de suicidio no parece mayor entre las comunidades con mayores privaciones básicas.

Por tanto, no deberíamos medicalizar el suicidio. Deberíamos reflexionar sobre si existen alternativas reales para los que se suicidan, y preguntarnos, sobre todo, qué pasa con los que no se suicidan. Evidentemente, es muy llamativo el hecho de que alguien se quite la vida, pero por cada uno que escoge esta salida existen muchos otros en situaciones indeseables, nihilistas o autodestructivas que se mantienen con vida. El suicidio puede ser la punta de un iceberg, no de una «enfermedad médica», sino de una «enfermedad social».

### **Utilización moralmente correcta de recursos públicos en tiempos de crisis**

La primera matización que habría que hacer sería criticar la vinculación de una utilización correcta y sostenible de recursos públicos a una situación financiera delicada. La obligación moral de eficiencia y el valor de la austeridad deben presidir cualquier actuación pública, independientemente de la magnitud del déficit público o de los intereses de la deuda en cada momento.

Cuando se habla de utilización de recursos públicos es crucial no pensar solo en las personas atendidas. La bisagra clave en la distribución de estos recursos son los propios profesionales. El problema es que el economista ve, cuando quiere solucionar problemas a corto plazo, que la factura de «recursos humanos» es la más importante, por lo que el foco del recorte se sitúa habitualmente en los puestos de trabajo.

Seguramente, y paradójicamente de entrada, una inversión responsable en personas podría cambiar el paradigma tecnocientífico y medicalizador en que nos hemos sumergido, quizá como consecuencia del error cometido al asimilar las actividades sociosanitarias (consolar - cuidar - curar) a las de una cadena de producción industrial con un único producto final.

Si la sociedad empodera a los profesionales y a los pacientes a un tiempo podríamos cambiar la dinámica de consumo irreflexivo, haciendo confluír humanidad y eficiencia. Quizá para ello sea importante pedir disculpas por lo que no hayamos estado haciendo bien hasta la fecha. Si no lo hacemos no se generará un clima de confianza que pueda corregir falsas expectativas y prácticas vacías de valor.

Seguramente los profesionales debemos comunicar mejor y ser más independientes de influencias externas a la relación clínica y a la verdadera honestidad científica. Seguramente la sociedad debe destetarse de la hipermedicalización y del ideal de inmortalidad-invulnerabilidad, así como de la inflación del concepto de derecho. Sin esta catarsis previa será difícil cambiar dinámicas dotadas ya de muy elevada inercia.

### Referencias bibliográficas

1. Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.
2. Townsend, P., y Davidson, N. *Inequalities in health: black report pelican series*. Londres: Penguin Books, 1982.
3. Dahlgren, G., Whitehead, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Futures Studies, 1991.

## Núria Terribas Sala

### Directora del Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull

De las distintas exposiciones presentadas en el seminario se desprende de forma clara que no disponemos aún de indicadores que nos permitan evaluar el impacto de la crisis económica y social en la salud de la población, a pesar de los evidentes recortes sanitarios tanto en recursos humanos como de prestaciones, que indefectiblemente han repercutido en la ciudadanía. A su vez, parece evidente que los años de profunda crisis económica que está sufriendo España han supuesto un incremento muy notable de las desigualdades sociales y una pérdida de nivel social de centenares de miles de personas, muchas de ellas de clase media, que han pasado a estar en situación precaria y en riesgo de exclusión.

La cuestión es si la crisis ha impactado de forma directa en una pérdida de salud de la ciudadanía, con empeoramiento de su calidad de vida e incremento de enfermedades o de la gravedad de estas, que en otro contexto no se hubiese producido. Y de ser así, cuál es la responsabilidad ética que tenemos como sociedad frente a la vulnerabilidad, y qué respuesta puede darse desde el ámbito de la salud pública, no solo en prevención sino también en abordaje de estas problemáticas, con criterios de justicia y equidad, a la vez que respetando la dignidad y autonomía personal.

Más allá de grupos especialmente vulnerables que van en aumento, como podrían ser las personas sin ningún recurso económico ni prestación, los inmigrantes sin papeles y excluidos incluso del acceso al sistema sanitario, el grupo mayoritario de personas con pérdida de nivel social han mantenido su condición de usuarios del sistema público de salud, con acceso a medicamentos y prestaciones sanitarias, y por tanto con atención sanitaria cuando la han necesitado. En este sentido, a pesar de su precaria situación, su acceso no se ha visto modificado, más allá de la afectación por las restricciones aplicadas al sistema con carácter general para toda la población (aumento de las listas de espera, reducción de personal sanitario, etc.). ¿Dónde recae entonces la afectación de la crisis sobre la salud de esas personas más vulnerables? Pare-

cería que esta afectación tiene su mayor peso en el empeoramiento de sus condiciones y hábitos de vida en cuanto a condiciones económicas más precarias o incluso pérdida de vivienda, déficits alimentarios, sedentarismo, etc., que necesariamente tienen una traducción en su salud, a corto o medio plazo, aunque no sea fácilmente identificable aún en cifras. Probablemente en los próximos años dispondremos de datos más relevantes al respecto.

Otro elemento sobre el que reflexionar es a qué colectivos o grupos de población ha afectado mayoritariamente la crisis y con qué repercusiones. Si bien la pérdida de puestos de trabajo, el paro de larga duración con pensiones precarias y el paro juvenil o de primera colocación afectan esencialmente a grupos de población de edad joven y media, a priori con pocos trastornos y, por tanto, menos demanda del sistema de salud, es una realidad que muchas de estas situaciones y sus necesidades están siendo atendidas por personas mayores, con pensiones de jubilación, que a menudo sirven de sustento a toda una familia de tres generaciones. Estas personas mayores, con sustento suficiente antes de la crisis, son personas con enfermedades crónicas, dependencia, etc., que ahora están viendo agravada su situación al tener que disponer de sus recursos para otros miembros de la familia en situación precaria. Ahí hay una afectación a medio plazo en la salud de estos mayores, que seguramente se visualizará en los próximos años con incrementos de mortalidad y quizá, incluso, reducción del índice de supervivencia en la población española.

El otro aspecto que se ha de considerar, y analizado en el seminario a partir de la figura del suicidio, es la afectación en la salud mental de esta población víctima de la crisis social y económica. En este sentido, tampoco las cifras aportadas nos dan evidencia de que exista una correlación directa entre crisis y suicidio, más allá de impactos puntuales, que los medios de comunicación o colectivos específicos pretenden magnificar, a veces con un punto de demagogia (por ejemplo, suicidios por desahucio). Lo que sí es evidente es que el contexto de crisis genera mucho sufrimiento mental en las personas que pasan por situaciones dramáticas de dificultades económicas y sociales, aunque muchas de ellas no deban calificarse de «enfermedades mentales» que requieran ser medicalizadas y tratadas. Inevitablemente, el sufrimiento forma parte de la vivencia humana en la superación de la dificultad, generan-

do resiliencia en algunos casos y claudicación en otros. Sin embargo, la medicalización creciente a la que se ve arrastrada nuestra sociedad lleva, con demasiada frecuencia, a patologizar toda manifestación de sufrimiento.

En relación con el último enfoque tratado en el seminario, que vincula el contexto de crisis con el uso adecuado de los recursos sanitarios, suscribo como idea central que, superadas las dificultades más graves y alcanzado cierto equilibrio presupuestario, tras los recortes más drásticos que hemos venido sufriendo, dicho contexto debe ser aprovechado en positivo para replantear muchas ineficiencias del modelo sanitario y para reeducar a la ciudadanía en ese uso responsable y limitado de los recursos que, con crisis o sin ella, siempre son escasos. Los años de bonanza económica nos han llevado a una espiral de gasto en salud difícilmente justificable, que debe ser reconducida, salvaguardando siempre el modelo de acceso universal y público, pero racionalizando la inversión y el consumo, apelando a la responsabilidad de todos, revisando la cartera pública de servicios, e instaurando, por qué no, nuevos modelos de copago o «repago» (más allá del pago con nuestros impuestos), equitativos y justos en función de la riqueza, que permitan la supervivencia del sistema en beneficio de la salud colectiva.

Evidentemente, la reversión de la crisis social y económica será la mejor medida para intentar reequilibrar las desigualdades y mejorar de nuevo la calidad de vida de las personas. Aun así, algunos de estos efectos nocivos en la salud de los afectados no tendrán ya reversión posible, y es deber de todos minimizar estos efectos, prevenirlos cuando sea posible y evitar una afectación mayor o colectiva.

## Relación de participantes

### Coordinadores

- Andreu Segura, secretario de la Comisión Interdepartamental de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya y profesor asociado de Salud Pública de la UPF.
- Angel Puyol, profesor de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Con la colaboración de:

- José Miguel Carrasco, sociólogo especializado en Salud Pública e investigador del Instituto Cultura y Sociedad de la Universidad de Navarra.

### Ponentes

- Antonio Casado da Rocha, investigador permanente de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad del País Vasco.
- María José Fernández Sanmamed, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Institut Català de la Salut.
- Jaume Puig, Departamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).
- Ildefonso Hernández, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Universitat de Barcelona.
- Pablo Simón, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

### Moderador

- Joan Pons, asesor científico de Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.

### Especialistas invitados

- Macario Alemany García, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Alicante.
- Gracia Álvarez, presidenta del Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de León.
- Marc Antoni Broggi i Trias, médico cirujano y presidente del Comité de Bioética de Catalunya.
- Josep Maria Busquets Font, miembro del Comité de Bioética de Catalunya.
- Javier García León, asesor técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Junta de Andalucía.
- David Larios, vicepresidente de la Asociación de Juristas de la Salud.
- Isabel Marín, responsable del Servicio de Salud Pública, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
- Ricard Meneu, vicepresidente de la Fundación del Instituto de Investigación en Servicios de la Salud de Valencia.
- Màrius Morlans, médico nefrólogo, miembro del Comité de Bioética de Catalunya.
- Josep Ramos, psiquiatra y director de Planificación de Salud Mental y Adicciones del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Bernabé Robles, jefe del Servicio de Neurología, presidente del Comité de Ética Asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.
- Miguel Ángel Royo, responsable del Área de Estudios de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Núria Terribas, directora del Institut Borja de Bioètica.

## Títulos publicados

### Cuadernos de Bioética

32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación (en edición)*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*

10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

### Informes de la Fundació

5. *La ética y la biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

### Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: [www.fundaciongrifols.org](http://www.fundaciongrifols.org)

FUNDACIÓ  
VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS