

XIII JORNADA SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD

* Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ADSP-A)

Cádiz, 25 de Mayo de 2013



Relatoría.

Las jornadas se inician con un homenaje a José Chamizo, luchador incansable por la igualdad y amigo de estas jornadas, ante el final de su mandato como defensor del Pueblo Andaluz.

- **Mónica Clúa Losada**, comenta un proyecto de investigación iniciado en 2010 por parte del Observatorio Social de España (1), con motivo del inicio de la crisis económica en el que se analiza el impacto de la misma sobre las familias y la infancia ("El impacto de la crisis en las familias y en la infancia") (2). El marco teórico en el que se desarrolla considera que existen unos factores deterministas que afectan a la exclusión de la infancia: demográficos y económicos, y otros factores sobre los que se puede incidir desde las políticas públicas para intentar contrarrestar los anteriores.

En una comparación europea se vio como en Dinamarca, país considerado como de modelo socialdemócrata, incluso en la crisis se ha conseguido disminuir la pobreza infantil, mientras que en España, Grecia, Italia,

Irlanda y Portugal ésta ha aumentado, a la vez que lo hace también el riesgo de pobreza.

Países ricos aunque conservadores como Francia y Alemania tendrían datos intermedios. Las variables que explican esta diferencia son el mercado de trabajo y las políticas de infancia y familia. Así:

- La tasa de paro, las políticas activas de empleo y la temporalidad, presentan diferencias abismales entre estos países estando España en los peores puestos
- En políticas de infancia y familia España gasta 1,47% del PIB mientras que Irlanda gasta 2.7% y Francia 3.71%.
- Además, la estructura del gasto en España es altamente regresiva pues tiene una alta proporción en exenciones fiscales.
- Por otro lado, estas políticas en España son altamente ineficaces porque solo consiguen sacar de la pobreza a un 25% de la población infantil beneficiada. Este porcentaje es del 93% para Irlanda y superior al 80% para Francia y Alemania. Esta falta de eficacia de las políticas públicas para la infancia en España es estructural porque también se daba antes de la crisis.

El trabajo continuó analizando las políticas públicas mediante entrevistas dirigidas a profesionales de gestión y de atención directa, tanto de las administraciones como del tercer sector en el periodo 2010-2011. Se constata como el rendimiento escolar empeora, como las acciones tanto de la administración como del tercer sector se reorientan hacia necesidades vitales y el tercer sector se precariza.

No existen nuevos colectivos excluidos sino que hay un agravamiento de la situación de los tradicionalmente afectados, en especial para la población de los niños menores de 4 años para los que la única información disponible es la que proviene del Sistema Nacional de Salud.

La pobreza infantil se podría definir como hereditaria, con déficit nutricional y afectación del desarrollo del movimiento y cognitivo, especialmente entre los inmigrantes del este de Europa.

Los retos son: aumentar las becas comedor, mejorar la participación social, mejorar la coordinación de profesionales y una planificación y programas a largo plazo.

En el debate los asistentes solicitaron políticas de empleo dirigidas a las familias con hijos, renta básica universal y el riesgo de que la ausencia de estas políticas hunda de nuevo en el abismo la tasa de fecundidad en España.

- **Margalida Gili Planas**, comentó como hay consenso científico claro de la relación entre paro y deterioro de la salud por lo que el exponencial aumento del paro en España como consecuencia de la crisis, independientemente de otros factores de la crisis, va a tener severas repercusiones sobre la salud de los individuos y las poblaciones.

Respecto a la salud mental, la OMS publicó en 2011 un informe (3) en el que se exponían las innumerables pruebas de que las crisis económicas afectan a la salud mental, mediante un círculo vicioso por el que las políticas neoliberales de gestión de la crisis llevan a un aumento de la carga de enfermedad mental, que a su vez lleva a un aumento de gasto sanitario y social que agrava la crisis, y así sucesivamente.

Por otro lado define como la salud mental es un motor de desarrollo, pues cuanto mejor es la salud mental de las poblaciones mayor es su productividad.

Un punto donde hay controversia son los suicidios. Existen diversas publicaciones que han asociado las crisis con el aumento de los suicidios y éstos han aumentado un 40% en Grecia desde el inicio de la crisis. Sin embargo en España los datos sólo disponibles hasta 2001 no han registrado aún un aumento de suicidios.

Posteriormente, comenta un estudio (4) basado en dos cohortes de pacientes revisados en atención primaria para trastornos mentales no severos en las 17 comunidades autónomas, una previa y otra posterior al inicio de la crisis. Los principales resultados es que aumentan mucho el insomnio, la apatía y la depresión. También la ansiedad, las toxicomanías y los trastornos alimentarios. El aumento de la depresión es proporcionalmente mucho mayor en hombres. Destaca un aumento casi del 150% en la dependencia al alcohol.

Comparando las personas en paro con las activas todos los parámetros son peores entre los parados. En los parados recientes hay más inicio de estados depresivos, en los de larga duración mayor adicción al alcohol.

En otro estudio realizado en Baleares, el consumo de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos ha aumentado ostensiblemente con la crisis.

Para afrontar esta situación es necesaria una intervención psicoterapéutica individual pero sobre todo, protección al mundo laboral y a las familias, aumentar el precio y disminuir la accesibilidad del alcohol, así como más y mejor atención primaria de salud.

- **Miguel Ruiz-Ramos** analizó las desigualdades en mortalidad (5) entre Andalucía y la media Española. Inició recordando como las desigualdades existen en todos los países como gradiente en la escala social y que tienen gran impacto en la salud. También que están aumentando y que, como su definición establece, no son inevitables sino que su reducción es posible.

Así la esperanza de vida al nacer presenta una gran desigualdad entre regiones del mundo, desde los 78 años en hombres en la OCDE hasta los 46 años en el África Subsahariana. La distribución al interior de los países también es muy desigual. Por ejemplo en un estudio detectó como determinados barrios de las ciudades de los países más desarrollados la esperanza de vida es similar a la de los países menos desarrollados.

La evolución de la esperanza de vida en Andalucía ha sido positiva a lo largo de los últimos 30 años con periodos de convergencia y divergencia con la media española, pero sin alcanzarla en ningún momento. Curiosamente las divergencias se han producido en épocas de bonanza económica.

De 1990 a 2010, Andalucía tiene un importante exceso de mortalidad respecto a la media española, que va del 10% al 11% en hombres y del 12% al 14% en mujeres entre esos años. La única excepción a estos datos es la mortalidad en menores de 45 años, posiblemente debido a una menor mortalidad por accidentes de tráfico, laborales y SIDA. Por el contrario, la mortalidad cardiovascular es la mayor responsable del exceso de mortalidad diferencial.

Respecto a la calidad de vida, la esperanza de vida sin discapacidad en Andalucía también es menor. Por provincias, no hay ninguna provincia andaluza que llegue a la media española.

Finalmente pone el ejemplo de Alemania donde se han reducido drásticamente las desigualdades entre la parte occidental y oriental existentes tras la caída del muro. Por ejemplo, la esperanza de vida ha convergido ya entre ambas "alemanias" en mujeres y está próxima a hacerlo en hombres.

Se propone como recomendación, rescatar el informe sobre desigualdades **INDESAN (6)** y realizar una actividad de incidencia política para llevarlo al Parlamento y pedir un plan para su superación.

- **Marciano Sánchez Bayle**, portavoz de la FADSP (7) comenta la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid. Analiza cómo se parte de una infra-presupuestación desde el mismo momento de las transferencias con un diferencial acumulado de 2.178 M€ en 2012 respecto al promedio de las CCAA.

Analiza cómo se llega a la situación actual tras lo que definió como un proceso de privatización de largo recorrido que tienen sus principales hitos en la LOSCAM y en el decreto de área única. La primera permitió la modificación jurídica de la titularidad de los centros y unidades sin pasar por el parlamento. El segundo ha facilitado el movimiento de pacientes. En la actualidad existen 5 modelos de gestión de hospitales públicos:

- 6 hospitales PFI con una empresa pública para la parte pública
- 1 hospital PFI con gestión tradicional para la parte pública
- 4 hospitales en régimen de concesión administrativa
- 2 hospitales de gestión privada y titularidad pública
- 1 hospital fundación
- 1 hospital empresa pública
- 1 hospital con concierto especial con adscripción de atención primaria

En ningún momento ha habido evaluación de estas experiencias.

El precio de los nuevos hospitales PFI que finalmente se pagará será desorbitado. Se habrá pasado de unos costes reales de construcción de 701M€, a costes de 5.010 M€ sumando los intereses pactados. La justificación de la falta de liquidez se demuestra como un engaño ante el dato de que sólo en 2001 se pagaron 761.5 M€ en concepto de financiación de intereses de estos hospitales, es decir más de lo que habría costado construirlos de modo directo.

El hospital de Collado-Villalba, construido en 2012, permanece cerrado, pero se paga por él a Capiro 900.000 € anuales.

Además el dinero ha fluído fácilmente a estos centros privatizados cuando ha sido necesario con aumentos extra-presupuestarios, a la vez que se descapitalizaban los grandes centros públicos de la comunidad, que reducían su presupuesto un 16.19% en 2012 (la atención primaria reducía un 7.06% su presupuesto el mismo año). A su vez, los centros aún públicos tenían 2000 trabajadores menos en 2012 que en 2010 mientras se aumentaban las retribuciones de sus directivos.

Los laboratorios están totalmente privatizados y la radiología se ha segregado como empresa pública. Se paga a otra empresa privada 2,4 M€ anuales solo para el control de estos servicios externalizados.

El plan actual consiste en la privatización de todos los servicios no sanitarios de la comunidad, la transformación del hospital de la princesa en un geriátrico, la privatización de los 6 hospitales que faltan y la privatización de 27 centros de salud.

Todo ello ha contado con una gran oposición profesional y ciudadana de amplitud inesperada, con muchos agentes presentes, con la incorporación de la atención primaria y con la activa participación de la ciudadanía y de los media y las redes sociales.

Se han producido 10 manifestaciones masivas y más de 100 pequeñas manifestaciones, 1.600.000 firmas y 930.000 votos en tres días. Hubo huelgas de noviembre a marzo y numerosos encierros, el más duradero el de Alcalá de Henares con 131 días, concentraciones y actos culturales, mediáticos y de otro tipo.

Por todo ello se ha conseguido paralizar la transformación del hospital de la Princesa, la renovación de los eventuales, la salvaguarda del Carlos III y la reducción de los centros de salud privatizables sólo a 4 de ellos.

La situación actual es que el gobierno está muy debilitado, que se ha ganado en hegemonía ideológica en el sentido de que la ciudadanía es propietaria de la sanidad pública y se constata que son necesarias movilizaciones masivas y sostenibles y una siempre difícil unidad de acción.

- **Mateos Sánchez Manzano**, del Banco de Alimentos de Cádiz (BA-CA) (8) nos contó que han sido una organización poco conocida, aunque existen en el mundo desde hace más d 20 años y en Cádiz desde el año 2000. En el año 2011 distribuyeron en Cádiz 3 MKg de alimentos atendiendo a más de 45.000 personas a través de más de 300 asociaciones.

Los alimentos provienen de empresas agroalimentarias o de distribución y funcionan a través de voluntariado, realizándose convenios con empresas de transporte y otros servicios.

Alertó de que en medio de este panorama de hambruna en nuestro medio, en la UE se tiran a la basura 89 millones de toneladas de alimentos cada año y 1.300 millones de toneladas en todo el mundo.

- **Juan José Sánchez Romero de la** Plataforma de Afectados por las Hipotecas (PAH) (9) de Chiclana, comenta que en el mundo actual el poder del dinero es mayor que el de las personas y que aquellos que tienen una hipoteca están en mayor riesgo de verse agredidos.

Comenta como la PAH no debería existir si hubiera un mundo sin abusos bancarios y donde se cumpliera la Constitución. Los bancos no cumplen las leyes y quedan impunes, los políticos los protegen, mientras que los ciudadanos con hipotecas son engañados, exigidos, acosados y amenazados por la deuda.

En 2012 hubo 32.034 desahucios de primera vivienda en España. La ILP fue admitida a trámite por la presión popular, mientras que la reforma de la Ley Hipotecaria se considera absolutamente insuficiente. La sentencia de la UE se valora como muy positiva.

La PAH realiza movilizaciones pero también acciones de asesoría y acompañamiento a los afectados. Por ejemplo, la PAH consiguió que todos los jueces de Chiclana acordaran en noviembre de 2012 la suspensión de todos los desahucios a la espera de la normativa

Europea por presión ciudadana. Fue el primer juzgado de España.

- **Roció Medina Aragón** de la PAH cuenta el caso de una mujer casada con 2 hijos que en 2006 pide una hipoteca a Banesto para comprar un piso de pocos metros cuadrados. En noviembre de 2011 se queda en paro y le es imposible pagar la hipoteca por lo que se inicia un calvario de acoso por su banco y otro calvario legal y administrativo. Los intereses que le imponen son de usura y empieza un proceso depresivo que le lleva a medicarse continuamente. En febrero de 2012 le envían un desahucio extrajudicial. Entre tanto, el director de la oficina y los responsables de la hipoteca fueron cambiados convenientemente a otras oficinas lejanas. No le fue admitida la dación en pago ni el alquiler social.

Comenta como **el verdadero *escrache* es el que realizan los empleados de banca que van a los domicilios de los afectados para amenazarlos.**

La PAH busca soluciones colectivas a un conflicto que la banca quiere presentar como privado e individual.

"Ninguna sociedad puede legítimamente llamarse civilizada si a un enfermo se le niega la asistencia médica por falta de medios"

Aneurin Bevan, In Place of Fear, 1952.

Fundador del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

<http://www.adspandalucia.es/>

Relatoría realizada por Bernardo Santos, Coordinador de la ADSP-A.