

La atención sanitaria durante la crisis de Covid19: los resultados de políticas económicas miopes que pusieron en juego la seguridad pública y la salud humana

Hasta ahora, las políticas económicas y sociales se han centrado excesivamente en la disciplina fiscal en vez de en la inversión pública en salud y atención médica, lo que demuestra claramente que esta crisis ha ido en detrimento de la población en general. Esta disciplina fiscal se centró en la austeridad, los recortes y la privatización; como resultado, el envejecimiento se consideró un coste para el presupuesto del país y disminuyó la financiación del sector de la salud. La CES lleva muchos años denunciando la debilidad de los sistemas de salud en Europa.

La CES defiende firmemente que toda persona, con independencia de su edad, tiene derecho a una vida digna y a la atención sanitaria. La CES pide un enfoque europeo que incluya inversiones públicas, la duplicación del presupuesto de la UE y la emisión de deuda de la UE, para mejorar el compromiso de la UE con miras al futuro en materia de salud pública e individual.

La política de atención sanitaria en la última década y el enfoque hacia los mayores

La Gobernanza Económica Europea (GEE) ha subrayado repetidamente que, puesto que la población envejece rápidamente, los costes de las necesidades sanitarias de los ancianos pronto serán insostenibles para los presupuestos públicos. De hecho, en la última década la atención sanitaria estuvo vinculada principalmente al coste de mantener una población que envejece y, por lo tanto, es una amenaza para la sostenibilidad fiscal.

Este enfoque obligó a los gobiernos a ahorrar y recortar el gasto público en salud, a pesar del aumento de las necesidades de cuidado. Prevalció un enfoque orientado al mercado en servicios que se supone que son *públicos* porque son vitales para la población. Esto dio lugar a que, antes de la pandemia, uno de cada tres ciudadanos ya estuviera renunciando a tratamientos debido a los costes excesivos.

La crisis del Covid19 pone de manifiesto cómo este enfoque corto de miras fue perjudicial no sólo (aunque de manera sobresaliente) para las personas de más edad, sino también para amplios grupos de población y potencialmente para todos en la UE, independientemente de su edad.

La FSESP ha denunciado repetidamente la drástica reducción del gasto público en salud y cuidados a largo plazo como algo escandaloso y anacrónico. En lugar de invertir en el sector, en particular cuando el envejecimiento de la población aumenta y, por tanto, sus necesidades, se ha hecho lo contrario. Los gráficos que figuran a continuación muestran claramente que, mientras las personas envejecen, el gasto público en salud disminuye. Hay una brecha cada vez mayor entre las necesidades de la población y la respuesta del Estado.

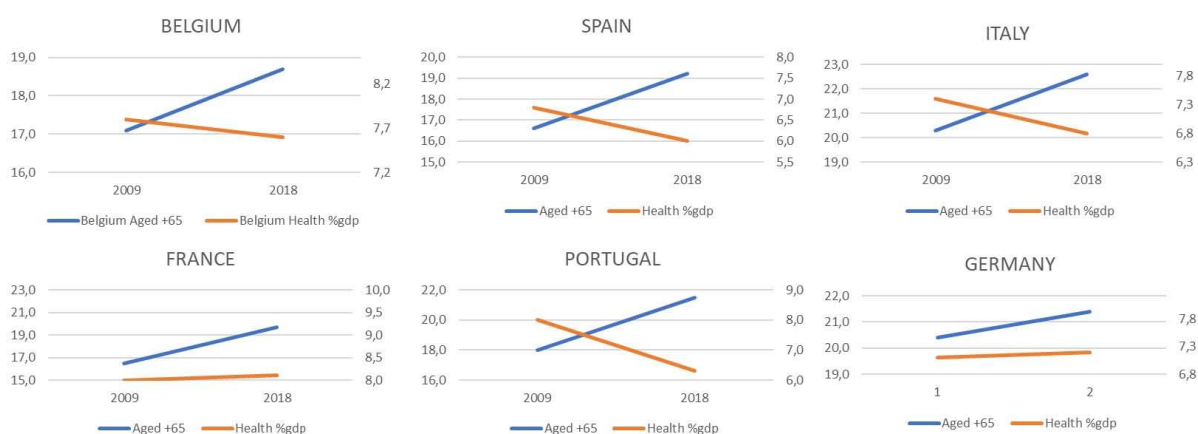


Figura 1 Elaboración de la CES a partir de Eurostat. Tendencias de la población mayor de 65 años (eje izquierdo) y Gasto en salud/PIB (eje derecho). El gráfico quiere visualizar las crecientes diferencias entre

La reducción de la inversión en atención sanitaria, cuando se supone que la población es la que más la necesita, descuida el más básico de los derechos humanos, que es el de "envejecer con dignidad". El Pilar Europeo de Derechos Sociales adopta un enfoque diferente. La atención sanitaria no se considera un "coste", sino más bien una necesidad y una oportunidad para el crecimiento de la sociedad en varios aspectos.

La situación de los ancianos (especialmente los que necesitan cuidados a largo plazo) era grave antes de la crisis del Covid, ahora es dramática. En muchos países, la falta de suministros médicos y de hospitales públicos ha dado lugar a una situación en la que los cuidadores tienen que seleccionar a los pacientes que van a ser admitidos en cuidados intensivos en función de su esperanza de vida, lo que se hizo durante la guerra. Algunos países niegan abiertamente la atención hospitalaria intensiva a los mayores de 80 años con otras afecciones además de la enfermedad del Covid, dándoles una sentencia de muerte.

La crisis del Covid19 pone al descubierto más desigualdades

La situación socioeconómica de las personas determinaba su acceso a la atención sanitaria. La mala salud suele estar vinculada a un estilo de vida deficiente, a condiciones de trabajo inadecuadas y a trabajos duros. Las mujeres (atrapadas en sectores poco remunerados y "poco atractivos", como la atención sanitaria), los ancianos, los migrantes y los trabajadores atípicos son los que, antes de la pandemia, ya sufrían desigualdades en el acceso a una atención sanitaria adecuada.

Según datos de Eurostat sobre la desigualdad de ingresos (2018), la diferencia de ingresos de los ciudadanos más ricos (1/5 de la población) con respecto a los más pobres (1/5 de la población) es la siguiente: en Alemania 4,3 veces mayor, en Francia 4,6, en Gran Bretaña 5,1 y en el norte de Europa menos de 4 veces mayor. En Italia la renta de la quinta parte de los ciudadanos más ricos es 6,3 veces mayor que la de la quinta parte de los más pobres. Esto coloca a Italia a la cabeza de la clasificación por el alcance de la desigualdad. En Europa, en promedio, los más ricos ganan 5 veces más que los más pobres.

Las pruebas demuestran que la incidencia de las muertes por Covid19 es mayor entre quienes padecen enfermedades básicas como hipertensión, diabetes y afecciones cardíacas o respiratorias. También se ha demostrado empíricamente que las malas condiciones de vida, los bajos salarios, los bajos ingresos y una educación inadecuada dificultan un estilo de vida saludable. Al ignorar las desigualdades sociales, se refuerza un círculo vicioso según el cual cuanto más desfavorecida social y económicamente esté una persona, cuanto más insatisfechas estén sus necesidades, más probabilidades tendrá de sufrir problemas de salud, especialmente durante una pandemia.

Los trabajadores por cuenta propia, cuya edad se sitúa principalmente entre los 30 y 50 años, rara vez pueden permitirse el acceso a los planes de seguro y, por lo tanto, a las prestaciones por enfermedad, y se ven obligados a seguir trabajando incluso cuando es arriesgado para ellos o no están lo suficientemente sanos para trabajar.

Durante una pandemia como la del Covid19, las desigualdades son los resultados magnificados de la gobernanza económica que perpetúa la reducción de la inversión pública en atención sanitaria, operando como cíclica con respecto a las desigualdades de ingresos y riqueza.

Los trabajadores sanitarios bajo presión

El implacable enfoque de austeridad golpeó duramente al personal sanitario (más del 70% de los cuales son mujeres), a quienes ahora estamos alabando y aplaudiendo cada día. Además, este enfoque ha tenido el consiguiente impacto en la calidad y la cobertura de los servicios esenciales prestados a los pacientes.

Los trabajadores del sector, que ya eran incapaces de satisfacer las demandas anteriores a la crisis debido a los recortes de personal, están sometidos a una presión aún mayor durante la pandemia, puesto que los agotadores turnos de trabajo y la presión psicológica han aumentado. En toda Europa, además de los aumentos salariales congelados desde hace tiempo, se prevén ahora compensaciones deficientes por la

carga de trabajo adicional. Debido a la privatización y comercialización de los servicios de atención, muchos trabajadores no tienen acceso a la protección social y a las medidas de mantenimiento de los ingresos que el empleo público habría garantizado. Además, en algunos países, la infección por COVID-19 contraída en el lugar de trabajo ni siquiera puede considerarse una enfermedad profesional y, por lo tanto, no se permite el acceso a las prestaciones por enfermedad y accidente.

La salud y la seguridad de estos trabajadores está en peligro, las limitaciones presupuestarias han impedido en muchos casos la provisión oportuna y suficiente de suministros de protección personal, lo que ha tenido consecuencias negativas en la contención del virus y ha provocado muertes entre los trabajadores sanitarios, sus familias y los pacientes (especialmente en las residencias de cuidados de larga duración en muchos países). No se ha abordado en absoluto el grave impacto psicosocial y de salud mental de los trabajadores sanitarios como consecuencia de la pandemia.

Emergencia en la atención sanitaria y la financiación pública: mantener los costes sanitarios bajos ha costado vidas humanas

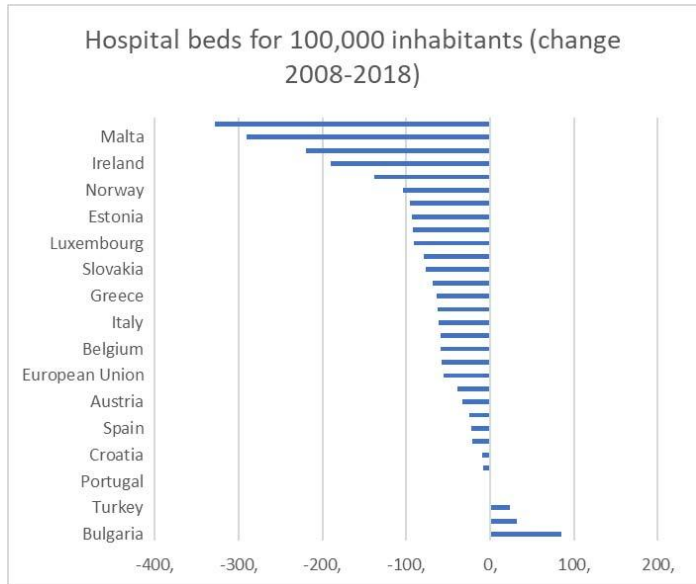
El Pacto de Estabilidad y Crecimiento ha impuesto el recorte de gastos únicamente sobre la base de las proyecciones futuras de las estadísticas sobre el envejecimiento. Sin embargo, las consecuencias son claramente mensurables y las están pagando las personas ya en la etapa anterior a la crisis: la disminución constante en porcentaje del PIB y en términos reales para la atención sanitaria en toda la UE; el aumento de los gastos privados de las personas para acceder a la atención sanitaria; la disminución del número de camas de hospital por habitante. Con el Covid, la capacidad de Europa para responder a esta emergencia se ve gravemente afectada. La falta de preparación de los sistemas de atención sanitaria implica una grave escasez de personal incapaz de hacer frente a la afluencia de pacientes; el suministro inadecuado de equipos de protección individual (EPI); la falta de ventiladores y de capacidad para realizar pruebas; la interrupción repentina de los servicios de salud rutinarios y del suministro de medicamentos para las personas que padecen enfermedades crónicas o están en tratamiento contra el cáncer, así como de los servicios de emergencia, los servicios de ambulancia y los médicos generalistas.

Cuando, en septiembre de 2019, la CES abrió la consulta con la Comisión Europea antes del ciclo semestral, denunció que: "El acceso a los servicios sanitarios y a la atención a largo plazo es una

NOTA ESTADÍSTICA: El gasto público de la UE se mantuvo estable o descendió un -0,1% del PIB en 2015 y 2017 (Eurostat). Las inversiones públicas en infraestructuras (que pueden incluir infraestructuras del sistema sanitario o de cuidados de larga duración) disminuyeron.

En 2008, el dinero personal que la gente necesitaba para cubrir los gastos de salud oscilaba entre el 12% y el 28% del gasto total en bienes y servicios de salud. En 2018, este rango variaba entre el 10 y el 45%.

emergencia de la UE. El pasado [decisiones inducidas por la gobernanza económica de la UE] promovió la privatización, la "racionalización" y la "eficiencia de costes", lo que normalmente implica la agregación de estructuras, el desplazamiento de los recursos ya asignados, la deshospitalización de la atención y casi nunca la inversión pública en personal y servicios que serían necesarios. Es urgente que el gasto público progrese en proporción a las necesidades humanas más básicas y a los derechos a unas condiciones de vida dignas. La CES apoya la salud y la atención pública financiadas colectivamente, incluidos los servicios de cuidados de larga duración. El envejecimiento de la población debería llevar a los gobiernos a gastar más para proteger a los ancianos y no menos, como piden las actuales normas del Pacto... La inversión en atención sanitaria preventiva, crucial en una sociedad que envejece, debería promoverse y supervisarse".



En respuesta, la Comisión Europea llamó a la "inclusión (...) y a la continuación o mejora del acceso a la atención sanitaria de calidad" como un esfuerzo de reforma fundamental (Encuesta de Crecimiento Anual 2019). Se dijo que: "Para garantizar la sostenibilidad fiscal y mantener el acceso universal a una atención sanitaria de calidad, los Estados miembros deben **augmentar la rentabilidad** invirtiendo en innovación, mejorando la integración de la

*atención sanitaria en los niveles de atención primaria, **ambulatoria** especializada y hospitalaria, y reforzando los vínculos con la atención social para satisfacer las necesidades de una población que envejece".*

Una redacción ambivalente y de compromiso, sin referencia a las inversiones en el sector para satisfacer las necesidades, a las cuestiones vinculadas a la eficacia de las privatizaciones, ni a la prevención a largo plazo.

La Comisión pudo enmarcar en parte el desafío, también gracias a un proceso de consulta en el que participaron varias partes interesadas. Sin embargo, el Consejo tiene la responsabilidad de decisiones como las que se adoptan para las Recomendaciones Específicas de País. A la luz de estas cifras, las respuestas de los Estados Miembros fueron débiles.

Once países recibieron recomendaciones para reformar los sistemas de salud a fin de aumentar la sostenibilidad fiscal y la rentabilidad (Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Irlanda, Letonia, Lituania y Rumania, entre otros). Sólo unos pocos países recibieron una recomendación para mejorar el acceso a los servicios de salud, incluida la reducción de los pagos directos y la solución de la escasez de profesionales de la salud (Bulgaria) o el aumento de las inversiones en el sistema de salud teniendo en cuenta las disparidades regionales y la necesidad de garantizar la inclusión social (Grecia y Portugal). En cuanto a otros países, el Consejo no tenía nada que decir sobre la necesidad de reforzar los sistemas de salud, aunque se analizaron a fondo y se solicitara a diferentes niveles. Las REP ni siquiera intervinieron en función de las carencias de los sistemas nacionales, como se esperaba en el caso de España o Italia. No es de extrañar que las leyes presupuestarias no asignaran recursos para las inversiones en este sector.

Sin embargo, si la GEE general impone a los presupuestos públicos el cumplimiento de los objetivos fiscales a medio plazo de contención de la deuda y el déficit, no es necesario hacer recomendaciones explícitas para influir en la atención sanitaria. Los recortes de personal, salarios y suministros en el sector responden a esta prioridad fiscal, independientemente de la calidad de la atención a todos los que lo necesitan.

La actual gobernanza económica está concebida de tal manera que probablemente no pueda dar respuesta a las necesidades de inversión de la economía de la UE. La gobernanza económica no incentiva las inversiones ni en los países deficitarios ni en los países con superávit; tampoco apoya las inversiones públicas ni crea un entorno para las privadas.

Lecciones de la crisis

Siguiendo la lógica del "coste del envejecimiento" privamos a todo un grupo de personas de su futuro. Una perspectiva más previsor para asegurar una atención sanitaria de calidad impone gastar más cuando la población envejece, para proteger mejor a los más mayores y no al revés. Es urgente que el gasto público progrese en proporción a las necesidades humanas más básicas y a los derechos a una vida digna en todas las edades y condiciones de trabajo. Así pues, tanto las intervenciones a corto como a largo plazo a nivel de la UE deberían permitir el cambio de las normas de gobernanza y el margen de maniobra, permitiendo abordar primero las necesidades en juego de las personas, también por el bien de la economía, del medio ambiente y del modelo social europeo.

Un cambio de competencias a nivel de la UE podría ser beneficioso. Así pues, la CES aboga por un enfoque europeo integrado de la salud pública, con una clara competencia de la UE para apoyar a los gobiernos nacionales a colaborar más estrechamente para hacer frente a los desafíos y encontrar soluciones eficaces, y por lo tanto para **apoyar los servicios públicos de calidad, aumentar las inversiones, duplicar el presupuesto de la UE, emitir también deuda de la UE,** a fin de garantizar el enfoque multidimensional basado en derechos del ODS 3 y los principios 16 y 18 del PEDS.

Necesitamos una gobernanza económica y social que invierta e impulse la protección y el cuidado de la salud pública e individual en todos los Estados miembros:

- en políticas *preventivas* multidimensionales, que incluyan la educación, la atención sanitaria y la salud y seguridad en el trabajo, en un enfoque basado en el ciclo de vida;
- en los sectores cruciales de la salud y el cuidado de larga duración que pueden representar una

oportunidad para crear más puestos de trabajo de alta calidad y, por lo tanto, impulsores del rendimiento general de la sociedad;

- en personal más especializado y cualificado, que en la actualidad ya es incapaz de satisfacer las demandas anteriores a la crisis,
- en la planificación de una estrategia para capacitar de manera eficiente y en una perspectiva de futuro basada en las necesidades de atención actuales y futuras
- en el tratamiento y la lucha contra las desigualdades socioeconómicas que afectan al acceso a la atención sanitaria;
- en el fortalecimiento de la coordinación entre los servicios de atención sanitaria y los servicios sociales; en el desarrollo de estructuras socio-sanitarias capaces de prevenir y atender situaciones de dependencia
- en la investigación y el desarrollo financiados con fondos públicos, para aumentar la preparación