

CÓMO VARÍA LA SALUD EN LAS CRISIS

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) hacemos público este manifiesto conjunto en el que se analizan las repercusiones sobre la salud de la crisis económica. En él también se hace un llamamiento para evitar que la crisis genere un empeoramiento de la salud de la población derivado de los recortes económicos, y abogando por una gestión eficiente de los recursos, basada en la evidencia y con el apoyo de los profesionales de la salud, que garantice el mantenimiento y la mejora del sistema sanitario público.

CRISIS ECONÓMICA Y REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD

Sabemos por los estudios históricos sobre las crisis económicas que hay una relación directa entre éstas y la salud pública. Durante estos periodos se produce un incremento de la mayoría de las enfermedades, con especial relevancia de las enfermedades y problemas de salud mental y un aumento de la mortalidad ligada al ascenso de las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, traumatismos y suicidios). La reducción de poder adquisitivo se acompaña de problemas en el acceso a los alimentos o al consumo insuficiente o inadecuado de los mismos lo que lleva a situaciones de desnutrición u obesidad sobre todo en niños, adultos mayores, mujeres embarazadas o lactantes o personas con enfermedades crónicas como la diabetes. Durante las crisis económicas se incrementan las separaciones, rupturas familiares y aumento de la violencia doméstica, con repercusiones, sobre todo, en la salud infantil que es la más afectada por las situaciones de violencia, desnutrición e incapacidad de los adultos para cuidarlos y cubrir sus necesidades básicas. Existe una relación directa entre las crisis económicas y el desempleo y el incremento del número de personas en situación de calle o de viviendas precarias, con ruptura y desaparición de sus redes de apoyo, con un incremento del riesgo de enfermedades infecciosas, problemas de salud mental, sobre todo depresión, drogodependencias y concurrencia de trastornos mentales graves y adicciones (patología dual), y efectos derivados de la violencia. También está descrito, como durante estos periodos, los gobiernos y empresas abandonan sus preocupaciones por las medidas de seguridad laboral, que unido a que los trabajadores están dispuestos a asumir más riesgos en sus puestos de trabajo, lleva a un incremento de los accidentes laborales y la mortalidad por este motivo. Y lo mismo ocurre con la salud ambiental, desapareciendo la preocupación por el cuidado del medio ambiente y las políticas de protección que en las grandes ciudades se traduce en una mala calidad del aire que se respira con el consiguiente aumento de enfermedades respiratorias y agravamiento de las ya existentes e incremento de la mortalidad por este motivo.

Ya tenemos, también, algunos datos de la repercusión de la crisis económica en nuestro país. Según una encuesta reciente, cerca de un 25% de los españoles consideran que su calidad de vida ha empeorado debido, sobre todo, a que sus ingresos económicos son menores y a que su salud se ha deteriorado. Los problemas de estrés, ansiedad e insomnio ocupan un lugar destacado entre los motivos de este empeoramiento y los atribuyen a la crisis económica. Los datos procedentes de las redes de atención a la salud mental avalan esta encuesta, con un aumento en torno al 15 por ciento de las consultas, debido principalmente a trastornos adaptativos en relación con problemas laborales y otros problemas originados por la crisis económica. Un dato relevante es el de las tasas de suicidio, que venían disminuyendo lenta pero de forma progresiva en los últimos años y que han sufrido un repunte a partir del 2008, especialmente en el caso del suicidio en los varones. Y en la misma línea van los datos que constatan un incremento de la atención en urgencias a casos por intentos de suicidio. Además hay que señalar las

repercusiones que está teniendo la precariedad económica y la ausencia de oferta laboral en las personas con enfermedades mentales, con una dificultad creciente para incorporarse al mercado laboral y la consiguiente disminución de los ingresos económicos con sobrecarga para las familias y un incremento significativo de riesgo de exclusión social y situación de calle para esta población.

También los estudios confirman algo que parece evidente: la extensión de las políticas sociales universales dirigidas a los grupos más vulnerables se asocia a una mejor salud global y por lo tanto los efectos de las crisis económicas sobre la salud van a depender en gran medida de las políticas de protección social; sin embargo, las medidas adoptadas por los gobiernos para salir de la crisis económica están teniendo como resultado una disminución de la misma. Las decisiones políticas priorizando el rescate y mantenimiento de los sistemas financieros y la reducción del déficit se están acompañando de recortes importantes en el ámbito sanitario y socio-sanitario. En nuestro país estos recortes empiezan a notarse de manera evidente, y ya no sólo suponen un frenazo al desarrollo de los recursos aún insuficientes, sino una drástica disminución de los que ya existen. Son ya muchos los casos que se van produciendo. En Cataluña se ha reducido un 10 % el presupuesto para sanidad, cifra similar al que están fijando otras Comunidades Autónomas en sus presupuestos para el 2012, y se está produciendo la disminución de los días de actividad asistencial, la supresión de actividad por la tarde, el cierre de centros, la eliminación de prestaciones asistenciales, el despido y la no renovación de personal eventual, la precariedad laboral y reducción del salario de los profesionales y desarrollando planes dirigidos a desregularizar el acceso a los dispositivos sanitarios y a reducir o eliminar la responsabilidad de las administraciones públicas en la provisión y gestión de la atención sanitaria. Esto mismo está previsto que ocurra en otras comunidades autónomas como Galicia y Castilla La Mancha o se lleva desarrollando de una manera lenta y progresiva desde hace varios años, y al margen de la crisis, con resultados similares como en la Comunidad Valenciana o la de Madrid donde el presupuesto para la asistencia concertada se ha duplicado en los últimos cuatro años, acercándose ya al 20% del presupuesto total de la Consejería y se están cerrando dispositivos específicos de salud pública, de atención a las drogodependencias y de salud reproductiva. Los resultados de estas medidas ya están siendo visibles: un aumento de las barreras de acceso al sistema sanitario con un aumento general de las listas de espera tanto médicas como quirúrgicas, un aumento de la insatisfacción de los profesionales de la red sanitaria pública y una disminución de la calidad de la atención prestada a la mayoría de la población.

A los recortes en sanidad hay que añadir los que están afectando al ámbito socio-sanitario como los recursos de rehabilitación psicosocial en salud mental con congelación sine día de nuevos dispositivos, no renovación de contratos que finalizan contrato y reducción del presupuesto para los contratos vigentes que están redundando en un aumento de las listas de espera, una peor calidad de la atención y, en muchos casos, en un dejar sin esta prestación a muchas personas con trastornos mentales graves. A esto se suman los obstáculos para acceder a las prestaciones reguladas en la ley de dependencia, donde hay más de 300.000 personas en las listas de espera para evaluación, se aumentan las demoras para acceder a las ayudas o se cancela el pago de las prestaciones durante meses como ha ocurrido en Castilla-La Mancha, factores todos ellos que inciden sobre una población muy vulnerable y que terminan originando un empobrecimiento de su calidad de vida, generando o empeorando problemas de salud e incrementando su mortalidad.

La crisis económica actual pone al sistema sanitario público ante el reto de dar respuesta a un aumento creciente de la demanda asistencial, sobre todo en atención primaria y salud mental, originada por la precariedad económica, por la disminución de los recursos individuales de las personas para dar cobertura

a sus necesidades básicas, y por las políticas anti crisis adoptadas por los gobiernos que están conduciendo a una buena parte de la población a una reducción drástica de las medidas de protección social y poniéndola en peligro el acceso a la asistencia sanitaria. Nuestra obligación como profesionales es contribuir a que los recursos que existen se aprovechen lo mejor posible, lleguen a más personas afectadas y sean de la mejor calidad. Pero también es nuestra obligación denunciar que hay muchas personas que no están recibiendo la atención que requieren y señalar las barreras que dificultan su acceso a la misma; como también lo es transmitir a la sociedad y las instituciones públicas la importancia, aún más en esta época de crisis, de la salud y su cuidado y la repercusión global que tiene sobre la ciudadanía y sobre el propio desarrollo económico.

De todo lo expuesto entendemos que pueden extraerse 3 conclusiones:

1) La crisis es un momento en que se produce un empeoramiento de los niveles de salud de la población, especialmente de los más pobres y vulnerables, y por lo tanto una mayor necesidad de un servicio sanitario publico universal y de calidad.

2) Por eso mismo rechazamos los recortes en los servicios sanitarios públicos y el establecimiento de barreras económicas para el acceso a los servicios sanitarios porque pueden tener efectos devastadores sobre un porcentaje muy amplio de la ciudadanía.

3) Entendemos también que el sistema sanitario público tiene espacios de mejora en su calidad y eficiencia, pero estos deben de ser abordados basándose en la evidencia científica y en el acuerdo con los profesionales y la ciudadanía, y nos brindamos a colaborar en la búsqueda de acuerdos y soluciones siempre que garanticen el mantenimiento y mejora del Sistema Sanitario Público.

Asociación Española de Neuropsiquiatría

(www.aen.es)

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

(www.fadsp.org)

Noviembre de 2011

Crisis económicas y salud: cómo minimizar el daño

Publicado por [Javier Segura del Pozo](#) el 26 febrero, 2012

Por **Javier Segura del Pozo**

Médico salubrista

En los últimos cuatro años, se han acumulado muchas evidencias epidemiológicas sobre el impacto para la salud que tienen las crisis económicas y las mejores políticas para minimizar el daño. En base a ello, epidemiólogos y sociólogos, como David Stuckler y Martin McKee, han llegado a la conclusión que el peor escenario, en términos de salud, para afrontar las crisis económicas es cuando: se implementan cambios económicos de forma rápida, se debilita la capacidad de amortiguación que tiene las redes de protección social (formales e informales) y se facilita el acceso al alcohol y las drogas. Las lecciones para la situación española es que con las políticas de ajuste rápido, disminución del gasto social y debilitamiento de las redes de prevención y apoyo (social, educativo y de salud), vamos de cabeza a este escenario.

Tres situaciones que aumentan el daño a la salud

Según estos estudios revisados[1], las crisis económicas tienen impactos adversos en la salud cuando se dan tres circunstancias:

1. Los cambios económicos son rápidos

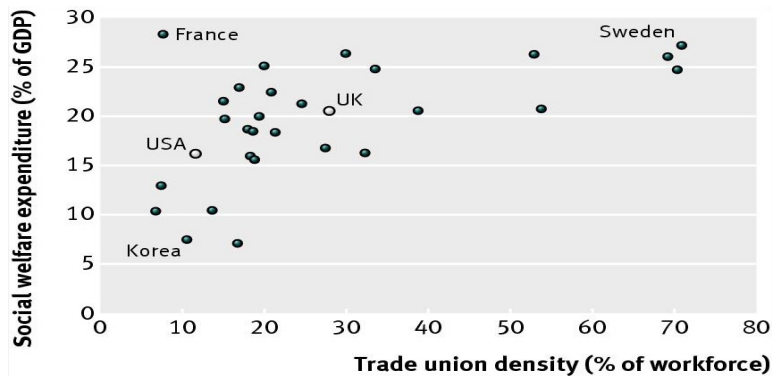
En la crisis económica y social que siguió al derrumbe de la URSS (1989_1999), aquellos estados y regiones europeas en los que se aplicó un programa de privatizaciones más lento, hubo una menor rotación laboral y el alarmante descenso en la Esperanza de Vida, que se dio en toda esta zona europea, fue menor (este descenso en la esperanza de vida se debió principalmente a una mayor mortalidad en hombres en edades laborales)

2. Capacidad de amortiguación débil:

El daño que hace un golpe no solo está en relación con su intensidad, sino con las defensas frente al mismo. Las crisis económicas tienen un menor coste en salud si las redes sociales formales e informales de bienestar social consiguen amortiguar el efecto:

- **Redes sociales informales.** La familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de asociaciones pueden, a través de prestamos, información (sobre oportunidades laborales, ayudas, etc.), asesoría y apoyo, ayudar a atravesar los malos momentos. En la crisis postsoviética, el estar casado o el pertenecer a organizaciones, sindicatos, clubs deportivos o parroquias, fue un factor de protección que disminuyó los efectos adversos para la salud[2]. De nuevo, la cohesión social fue buena para la salud (ver en este blog: [El capital social](#))

- **Políticas de protección social y de empleo:** Obedecer a rajatabla las directrices del Banco Mundial y el FMI en [la crisis del sureste asiático \(1997\)](#) tuvo un coste: la mortalidad aumentó en Tailandia e Indonesia, no así en Malasia que no había reducido su gasto social[3]. Otro ejemplo: se calcula que cuando la inversión en políticas activas de empleo supera los 140€ per capita, un aumento del 3% en el desempleo no afecta las tasas de suicidio[4]. En otro estudio, Stuckler y colaboradores[5] estimaron que por cada 80 € recortados por persona en ayudas a desempleados, discapacitados, jubilados, familias y niños, la mortalidad general puede incrementarse casi un 1%, la debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8%, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3% y la mortalidad cardiovascular un 1,2% (ver en este blog: [Los recortes sociales en Europa aumentarán la mortalidad](#))
- **Afiliación sindical.** Los dos anteriores factores (pertenencia a organizaciones y políticas de protección social fuertes) están asociados estadísticamente en el caso de los sindicatos. En un estudio de los 29 países de la OCDE, se vio que la densidad sindical (el % de trabajadores afiliados a los sindicatos) esta positivamente asociada con el gasto social, medido en forma de presupuesto para atención sanitaria, pensiones, ayudas para la discapacidad, vivienda, políticas activas de empleo y otras políticas sociales[6].



Asociación entre afiliación sindical (% trabajadores totales) y gasto social (%PIB) en 2009 en 29 países de la OCDE (R=0.53, P=0.0027). Fuente: McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. BMJ. 2011 Dec 20; 343:d7973

- **Programas preventivos.** Los ajustes presupuestarios que viene sufriendo Grecia, supusieron el desmantelamiento de un tercio de todos los programas comunitarios de prevención a nivel de calle, entre 2009 y 2010, habiéndose continuado por esta senda hasta el presente (recordemos que la Troika exige a Grecia, entre otros recortes, el despido de 150.000 funcionarios de aquí al 2015). Su posible relación con el incremento de las infecciones de VIH y ITS, el consumo de heroína y los suicidios no es una hipótesis aventurada[7] [8].

3. Facilidad de acceso a drogas y alcohol:

La crisis Post-URSS coincidió con un abaratamiento del alcohol y el aumento de las patologías asociadas al abuso de alcohol (intoxicaciones etílicas, hepatitis, cirrosis, etc.). Esto no se ha dado en otros países europeos occidentales, donde se ha incrementado el precio del alcohol y tabaco. Los estudios en varios países europeos parecen demostrar que con la crisis reciente (a partir de 2008) las intoxicaciones etílicas han aumentado, pero los abusos de alcohol han disminuido[9]. La experiencia griega, con una cultura similar a la nuestra, muestra una reducción del consumo de alcohol y de los casos de

conducción ebria. Sin embargo, las infecciones de VIH han tenido un incremento espectacular (52% entre 2010 y 2011), principalmente relacionado con el consumo intravenoso de heroína (además de con el aumento de la prostitución y el sexo inseguro) [10].

A la izquierda: David Stuckler (Departamento de Sociología de Universidad de Cambridge/; A la derecha: Martin McKee (London School of Hygiene and Tropical Medicine), autores de la mayoría de los estudios mencionados en este artículo.

Lecciones para España

¿Qué hemos aprendido de esta experiencia? ¿Cómo podemos minimizar el daño que esta crisis económica está produciendo en la salud de los españoles? ¿Las políticas que está aplicando el gobierno están bien encaminadas para que afecten lo menos posible a la salud? La respuesta, a la luz del modelo anterior, es que lamentablemente estamos en la peor de las situaciones: se está combinando unas políticas de “ajuste” rápido con un desmantelamiento de las redes sociales de protección.

Estamos embarcados en una política de reducción brusca del déficit público para cumplir las exigencias de la Unión Europea, que supone un recorte brutal del gasto público en poco tiempo. Este recorte está afectando al gasto social. Se ha iniciado la senda de disminución de los servicios que prestan las administraciones públicas, con sus servicios y empleados públicos o, indirectamente, con empresas contratadas (“servicios externalizados”). La estructura pública de estas redes se está ya adelgazando y se prevé que lo haga más a partir de las directrices que marque el presupuesto de 2012, que se anunciará a finales del mes que viene. Entre estos servicios en peligro se encuentran los socio-educativos de apoyo, los de prevención de drogas [13], las redes de atención a drogadictos, los de educadores sociales y de calle, los de cuidados de ancianos y discapacitados, los agentes de igualdad, los mediadores y animadores socio-culturales [11] y los programas preventivos y de promoción de la salud. A lo que se suman los recortes en el propio sistema público sanitario.

Si se debilitan las redes sociales formales, las redes informales, como la familia, se sobrecargarán aún más (ya están bastante sobrecargadas) para amortiguar el golpe. En una cultura como la nuestra, en la que la mujer es la que principalmente se hace cargo de este apoyo familiar (a los hijos mayores que no encuentran trabajo, a los ancianos padres a quienes hay que cuidar en casa), con una menguada ayuda del Estado, es de preveer un impacto importante en la salud (física, pero sobre todo, mental) de las mujeres españolas.

La salud mental y física de la mujer amenazada por la sobrecarga que tendrán las familias si se debilitan aun más los recursos, los servicios y las redes de apoyo social.

A la vez, es de preveer que la recién aprobada reforma del mercado laboral favorezca un aumento del desempleo en estos años próximos. ¿Tendrá un impacto importante sobre las tasas de suicidio? Para colmo, si nos atenemos a algunas declaraciones de miembros del gobierno, de los empresarios y de medios afines, se ha iniciado la caza a los sindicatos (otro factor amortiguador del daño) y su desprestigio público, como reacción

preventiva frente a su posible oposición a la reforma laboral[12]. Tengamos en cuenta que el nivel de afiliación sindical en España es de los más bajos de Europa. Y las nuevas medidas laborales reducen aun más las posibilidades de acción sindical y contrapeso frente a los intereses empresariales, especialmente, en las pequeñas empresas, que son las mayoritarias, en términos de empleos, en nuestro país.

La amenazadora relación entre aumento del desempleo y de las tasas de suicidio

Todo ello augura un importante daño para la salud de los españoles que los salubristas deberíamos no solo vigilar (si no lo hay, propongo un Observatorio de la crisis y la salud, que vaya recopilando y siguiendo los indicadores de salud mas sensibles en una crisis económica: suicidio, mortalidad sanitariamente evitable, salud mental, HIV, etc. ...), sino informar a la sociedad y a los poderes públicos sobre el coste de determinadas políticas de afrontamiento de la crisis.

[1] Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med*. 2012 Jan 4. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22226605.

[2] Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet* 2009;373(9661):399-407.

[3] Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from east Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy* 2006;75(3):347-57.

[4] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009;374 (9686): 315-23

[5] David Stuckler, Sanjay Basu, Martin McKee. "Budget crises, health, and social welfare programmes". *BMJ* 2010;340:c3311. Accesible en: http://www.bmj.com/cgi/content/full/340/jun24_1/c3311

[6] McKee M, Stuckler D. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ*. 2011 Dec 20;343:d7973. doi: 10.1136/bmj.d7973. PubMed PMID: 22187190.

[7] Ver en este blog: [Mercados insaciables, crisis mundial y efectos sobre la salud.-2 Aumento de los suicidios y del SIDA en Grecia.](#)

[8] Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. Epub 2011 Oct 9. PubMed PMID: 21988763. accessible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961556-0/fulltext>

[9] Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health?...Ibidem

[10] Kentikelenis A, et cols: Ibidem..

[11] Ver: Blog de la Federación Nacional Española de Integradores y Mediadores sociales. <http://ascprofesional.blogspot.com/>

[12] El País, 19 febrero 2012: “El Gobierno ataca a los sindicatos pero ofrece retoques a la reforma”.
http://politica.elpais.com/politica/2012/02/17/actualidad/1329509248_443456.html

[13] El País, 27 de febrero de 2012. “Botella elimina parte del programa de prevención de drogodependencias”.
http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/02/26/madrid/1330292542_525328.html

Los recortes sociales en Europa aumentarán la mortalidad

Por Javier Segura del Pozo Médico salubrista

Acaba de publicarse en el *British Medical Journal* un artículo firmado por David Stuckler y colaboradores, que hacen una estimación del impacto en la mortalidad que tendrán los recortes sociales impuestos por los gobiernos europeos para enfrentarse a la actual crisis financiera. El artículo titulado “Crisis presupuestaria, salud y programas de bienestar social”, calcula que por cada 80 € recortados por persona en ayudas a desempleados, discapacitados, jubilados, familias y niños, la mortalidad general puede incrementarse casi un 1% (0,99%), la debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8%, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3% y la mortalidad cardiovascular un 1,2% (ver tabla 1)

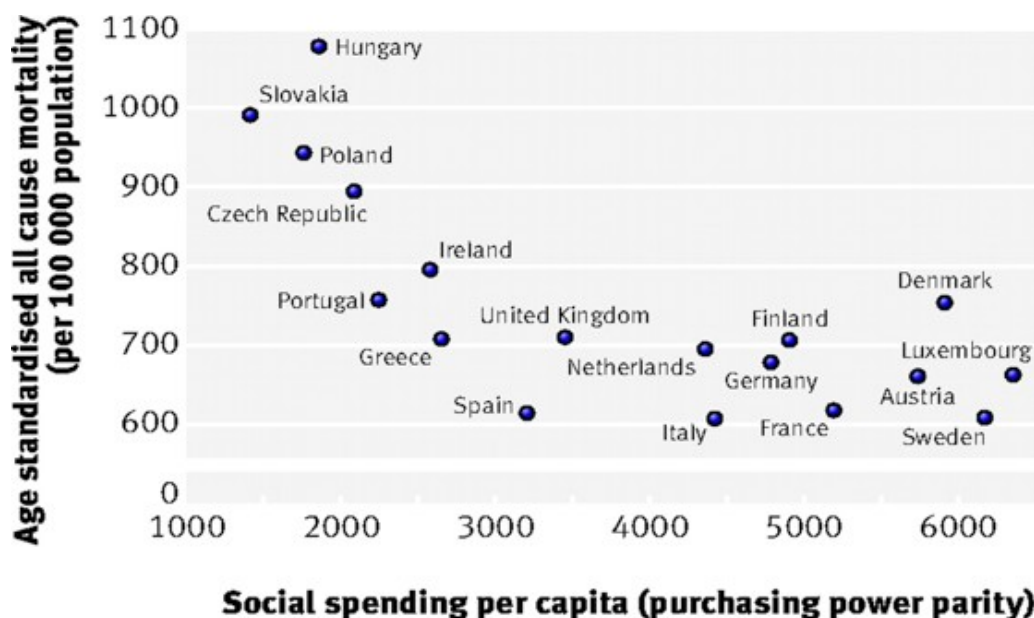


Figura 1. Relación entre gastos sociales y mortalidad general en 18 países de la Unión Europea, 2000. Fuente: David Stuckler, Sanjay Basu, Martin McKee. “Budget crises, health, and social welfare programmes”. *BMJ* 2010;340:c3311

Recortar en ayudas sociales o en médicos y hospitales

A partir de los datos de la OCDE, que reflejan los gastos sociales por persona invertidos en 18 países europeos (15 de la UE, incluida España), entre 1980 y 2005, y los de mortalidad general y por causas, construyen un modelo matemático, a partir del cual hacen las estimaciones del impacto del incremento y del recorte de unidades de 80€/persona en la mortalidad[1]. Aunque los autores reconocen los posibles sesgos de causalidad implícitos en sus estimaciones, y aunque personalmente suelo tomar ciertas distancias con las predicciones que se basan en modelos matemáticos contruidos con mucha “cocina estadística”, no deja de ser muy interesante este ejercicio.

La OCDE incluye en “gastos sociales” los programas de ayuda familiar (ayudas a guarderías, cuidados de niños, bajas paternales y maternales), pensiones, ayudas al

alquiler de viviendas, subsidios de desempleo y políticas activas de empleo, además de las ayudas a la dependencia.

Comparan el resultado del recorte en las ayudas sociales con el recorte en ingresos o en gastos sanitarios. Esto último es de rabiosa actualidad, debido al debate suscitado en el Reino Unido por la decisión del nuevo gobierno liberal-conservador de recortar de forma importante los gastos sociales, preservando el presupuesto del NHS (Servicio Nacional de Salud). Muchas voces argumentan que las ayudas sociales son mas importantes que los médicos y los hospitales para conservar la salud.

Tabla 1 Efecto de 80€ (o 100\$) de incremento en ingresos, gastos sociales y gastos sanitarios por persona en la mortalidad especifica en 15 paises de la UE, 1980-2005 (paridad en poder adquisitivo en € de 2000) . Fuente: David Stuckler, Sanjay Basu, Martin McKee. “Budget crises, health, and social welfare programmes”. *BMJ* 2010;340:c3311

Covariate	All cause	Alcohol related	Malignant neoplasms	Cardiovascular disease	Suicide	Tuberculosis
\$100 in income per capita	-0.14%** (0.035)	-0.21% (0.12)	-0.034% (0.034)	-0.31%** (0.084)	0.19% (0.20)	-0.59%*** (0.14)
\$100 rise in social welfare spending (excluding health care)	-0.99%*** (0.11)	-2.80%*** (0.46)	-0.065% (0.18)	-1.23%** (0.31)	-0.62% (0.49)	-4.34%** (1.27)
\$100 rise in healthcare spending	-0.01% (0.43)	0.97% (0.90)	-0.82% (0.47)	-0.28% (0.95)	-3.15% (1.50)	2.11% (2.32)
No of country-years	320	319	319	319	319	318
R ²	0.906	0.773	0.535	0.901	0.239	0.716

Countries were Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Spain, Sweden, and United Kingdom. Robust standard errors in parentheses clustered by countries to reflect non-independence of sampling.

[1]

David Stuckler, Sanjay Basu, Martin McKee. “Budget crises, health, and social welfare programmes”. *BMJ* 2010;340:c3311. Accesible en: http://www.bmj.com/cgi/content/full/340/jun24_1/c3311

Efectos de la reforma laboral sobre la salud.

Publicado por [Consuelo Ibáñez Martí](#) el 1 mayo, 2012

[Comentarios \(2\)](#)

Después de leer el artículo publicado en la versión digital del [diario Público](#) por Joan Benach (*Profesor de Salud Pública en la Universitat Pompeu Fabra y la Universidad de Toronto. Miembro del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (Greds-Emconet, UPF)*): **La reforma laboral perjudica gravemente la salud**, no puedo resistirme a publicar un somero resumen del mismo para que seamos conscientes de la que se nos viene encima. Si a esto que vamos a exponer se añaden los recortes en las prestaciones sanitarias, el repago y demás medidas aprobadas y por aprobar... ¡vaya panorama!

Es verdad que la primera estrategia ha sido aplicar la doctrina del shock y, una vez convenientemente paralizados por el miedo, aplicar sin tino medidas a cual más delirante.

No está demás decir que debemos y podemos pararlas. Lo primero es conocerlo y después ver que es lo que se puede hacer. No nos engañemos, se pueden hacer muchas cosas.

Veamos un resumen de los posibles efectos:

1 Aumenta el desempleo, infunde miedo y reduce la autoestima personal, aumenta el riesgo de padecer problemas de salud, morir prematuramente o suicidarse.

El estrés crónico aumenta el riesgo de padecer depresión y enfermedades cardiovasculares, y consumir drogas.

Cada problema es mucho peor aún en las familias obreras, los pobres e inmigrantes, y las madres solas con hijos.

2 Aumenta la precariedad laboral y el empleo informal lo que provoca un fuerte impacto sobre la salud a través de la vulnerabilidad, salarios y protección escasa, pocos derechos e incapacidad de ejercerlos..

4 Empeora las condiciones de trabajo.

La inseguridad laboral crónica empeora la salud física y mental y aumenta el número de visitas médicas.

La distribución irregular de la jornada de trabajo, el trabajo a turnos o la prolongación de la jornada, **aumentan la fatiga, los accidentes, las enfermedades, los trastornos del sueño y la conciliación de la vida familiar.**

Todo ello aumentará los riesgos laborales, las enfermedades y accidentes de trabajo y el riesgo de muerte prematura.

5 Fomenta el “presentismo” laboral, es decir, la presencia de trabajadores en sus puestos de trabajo aún y estando enfermos a causa del miedo al despido y la precariedad.

Esto casi nadie lo tiene en cuenta, pero si un trabajador con gripe, o con cualquier proceso infectocontagioso, acude a trabajar lo más probable es que contagie a todos los compañeros convirtiendo una enfermedad normal en un grave problema de salud pública.

El presentismo, hace que muchos trabajadores pasen más horas de las establecidas en sus puestos de trabajo. Dado que faltar al trabajo puede suponer ser despedido con más facilidad, ahora el trabajador casi no tendrá ni el derecho a “ponerse enfermo”. Todo ello aumenta el número de errores y riesgos, deteriora la salud y empeora el bienestar y la vida familiar.

6 Aumenta la pobreza y la desigualdad.

El desempleo, la precariedad y la reducción de salarios aumentan el número de “trabajadores pobres” y la desigualdad social. También empeora la situación de quienes trabajan, en quienes aumenta la inseguridad y la presión para aceptar reducir sus salarios. Tanto la pobreza como la desigualdad social son determinantes sociales fundamentales que influyen negativamente en la salud y el aumento de desigualdades en salud.

Este es el artículo completo: [La reforma laboral perjudica gravemente la salud](#)

Joan Benach

Profesor de Salud Pública en la Universitat Pompeu Fabra y la Universidad de Toronto. Miembro del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (Greds-Emconet, UPF)

En las tres últimas décadas, la “globalización” neoliberal ha producido una fuerte “reliberalización” de los mercados financieros, una enorme concentración del poder económico privado, un aumento del control de las corporaciones sobre los Estados y la tendencia a “limitar” democracias muy restringidas. Contrariamente a la retórica

conservadora comúnmente utilizada, los Estados han jugado -y siguen jugando- un papel esencial en el desarrollo de las políticas neoliberales tal y como muestran las enormes ayudas económicas destinadas a los rescates financieros, las reducciones del gasto público y prestaciones sociales, las privatizaciones de la sanidad y la educación, o el permanente ataque a las organizaciones y derechos sociales y sindicales. En ese contexto, la reciente reforma laboral impuesta sin debate público ni negociación social por el gobierno del PP representa en España una pieza clave en la profundización de esas políticas.

Aunque el gobierno asegura que es “un proceso necesario e inevitable”, que es una reforma “equilibrada” donde ganan empresarios y trabajadores, o que ayudará a los jóvenes a tener “un horizonte de futuro”. Nada de ello es cierto. En realidad, la reforma laboral es una opción política e ideológica, que representa una agresión sin precedentes históricos a los derechos de la población trabajadora y los jóvenes. El objetivo de la reforma es evidente: reforzar aún más el poder empresarial y debilitar a sindicatos y trabajadores a través de abaratar y facilitar los despidos, prescindir de los convenios colectivos fortaleciendo los “acuerdos” individuales, y precarizar el mercado laboral. El efecto de todo ello será muy profundo y de largo alcance, y no sólo por lo que hace a las condiciones laborales sino también a la salud y calidad de vida. Aunque aún tardaremos en disponer de las investigaciones que permitan medir su impacto, el conocimiento actual permite, plausiblemente, anticipar sus principales consecuencias.

La primera es aumentar el desempleo, lo cual tiene graves consecuencias para la salud pública. Uno de cada 5 parados europeos vive en el Estado español (5,2 millones) y tanto el PP como el PSOE estiman que la reforma empeorará la situación hasta acercarnos a los 6 millones de parados a finales de 2012. El desempleo no sólo paraliza carreras profesionales, crea miedo y reduce la autoestima personal, también aumenta el riesgo de padecer problemas de salud, morir prematuramente o suicidarse. El estrés crónico, por ejemplo, aumenta el riesgo de padecer depresión y enfermedades cardiovasculares, y consumir drogas. Cada problema es mucho peor aún en las familias obreras, los pobres e inmigrantes, y las madres solas con hijos. La segunda consecuencia es aumentar la precariedad laboral y el empleo informal. Los cientos de miles de subempleados, trabajadores sumergidos o informales, y otras múltiples formas de precariedad laboral (vulnerabilidad, salarios y protección escasa, pocos derechos e incapacidad de ejercerlos) sufren un fuerte impacto sobre su salud. Ya en 2005 la precariedad laboral afectaba a casi la mitad de la población asalariada española alcanzando un 90% en las mujeres obreras, inmigrantes y jóvenes.

La precariedad y la informalidad tienen un fuerte impacto negativo sobre la salud y la calidad de vida. La tercera consecuencia es empeorar las condiciones de trabajo. La reforma aumenta la flexibilidad interna de las empresas. Es conocido que la inseguridad laboral crónica empeora la salud física y mental y aumenta el número de visitas médicas. La distribución irregular de la jornada de trabajo, en especial el trabajo a turnos o la prolongación de la jornada, aumentan la fatiga, los accidentes, las enfermedades, los trastornos del sueño y la conciliación de la vida familiar. Todo ello aumentará los riesgos laborales, las enfermedades y accidentes de trabajo y el riesgo de muerte prematura. La cuarta consecuencia es reducir la participación en salud laboral. Numerosos estudios muestran la estrecha relación existente entre una mayor

participación de los trabajadores (en sus diversas formas de representación y con los delegados de prevención) y un mayor nivel de salud. Debilitar los convenios colectivos y fortalecer los “acuerdos” individuales en las empresas debilita la participación sindical y la posibilidad de reducir los riesgos laborales y aumentar la salud laboral. La quinta consecuencia es fomentar el “presentismo” laboral, es decir, la presencia de trabajadores en sus puestos de trabajo aún y estando enfermos a causa del miedo al despido y la precariedad. El presentismo, más frecuente en colectivos con dificultades para hacer valer sus derechos, ha aumentado en los últimos años en España, lo que conlleva que muchos trabajadores pasan más horas de las establecidas en sus puestos de trabajo. Dado que faltar al trabajo puede suponer ser despedido con más facilidad, ahora el trabajador casi no tendrá ni el derecho a “ponerse enfermo”. Todo ello aumenta el número de errores y riesgos, deteriora la salud y empeora el bienestar y la vida familiar. La última consecuencia será aumentar la pobreza y la desigualdad. El desempleo, la precariedad y la reducción de salarios aumentan el número de “trabajadores pobres” y la desigualdad social. Además, también empeora la situación de quienes trabajan, en quienes aumenta la inseguridad y la presión para aceptar reducir sus salarios. Tanto la pobreza como la desigualdad social son determinantes sociales fundamentales que influyen negativamente en la salud y el aumento de desigualdades en salud.

En el actual contexto de crisis económica capitalista, la puesta en práctica de la reforma laboral significa un enorme paso atrás que no sólo empeora las condiciones sociales, de empleo y trabajo, sino que tiene graves consecuencias que perjudicarán muy negativamente la salud de las personas y de las familias.