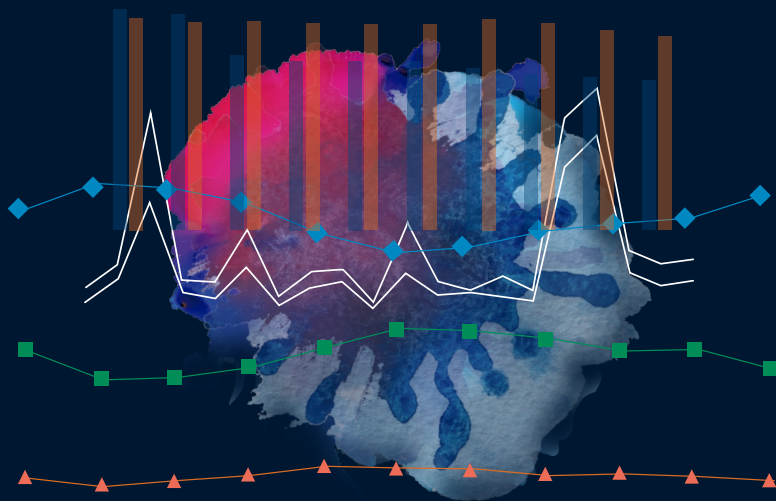


Un año de pandemia en datos



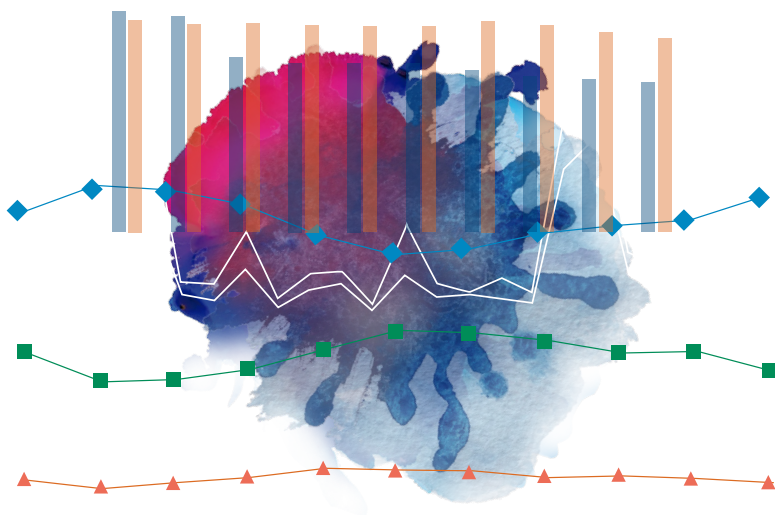
Herramientas para la reflexión,
el análisis y propuestas

Guillermo Jubierre Altable

OSALDE

OSASUN ESKUBIDEAREN ALDEKO ELKARTEA
ASOCIACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD

Un año de pandemia en datos



Herramientas para la reflexión,
el análisis y propuestas

Guillermo Jubierre Altable

OSALDE

OSASUN ESKUBIDEAREN ALDEKO ELKARTEA
ASOCIACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD

Un año de pandemia en datos. Herramientas para la reflexión, el análisis y propuestas

Un año de pandemia en datos.
Herramientas para la reflexión, el análisis y propuestas

Autoría: Guillermo Jubierre Altable

Edita:

OSALDE

OSASUN ESKUBIDEAREN ALDEKO ELKARTEA
ASOCIACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD

www.osalde.org

Consejo Editorial: Jorge Barrón, Juan Luis Uria, Iñaki Markez, Begoña Gutiérrez,
Mario Fernández, Maite López, Agurtzane Ortego, Esther Etxegarai, Ander Retolaza,
Jose Maeso, Txaro Cornejo, Arantza Urzelai, Itziar Cabieces.

Araba nº 6 semisótano
48014 Deusto-Bilbao
op.paisvasco@gmail.com

ISBN: 978-84-120567-9-2
Depósito legal: BI-01173-2021

Bilbao, julio 2021
Diseño y maquetación: Marra, S. L.
Imprime: Printheus, S.L.



Licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra con libertad, siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra. Licencia completa: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Índice

Síntesis inicial	7
Palabras Clave	7
Preámbulo	7
Capítulo 1. Introducción	9
Nuestra visión, desde OSALDE y desde la FADSP, del momento creado por la crisis de la pandemia	9
Visión: ¿cómo debería ser el sistema sanitario y sociosanitario?	10
Democracia Participativa	11
El papel crucial de la Atención Primaria de Salud, hoy y en el futuro	11
Análisis, reflexiones y consideraciones nuestras y de otras organizaciones con las que coincidimos plenamente y que debieran regir futuras modificaciones del SNS	12
Nuestro compromiso como organización OSALDE	13
Capítulo 2. Punto de partida para el análisis	17
Algunos datos socioeconómicos de España y de Euskadi comparados entre sí y con otros países	17
PIB comparado	17
Precios	20
Salarios	21
Presión fiscal	24
Deuda y Déficit Público	25
Pobreza y Riesgo de pobreza	27
Protección Social	30
Protección Social en España. Breve análisis	30
1. Rentas mínimas de Inserción	30
2. Los programas de rentas mínimas en España	32
3. Breve relato de la respuesta de protección dada en España durante este periodo de crisis pandémica	34
4. El sistema de protección social en España 2018	34
5. Sobre exclusión y desarrollo social en España	35
Deuda Privada	35
Conclusiones	36

Capítulo 3. ¿Cómo es el sistema sanitario en España y en Euskadi?	37
1. El informe “The Global Competitiveness Report 2019”	37
2. Bloomberg Health Care Efficiency	38
3. NUMBEO	39
4. Opinión de la ciudadanía	41
5. Algunas críticas respecto a nuestro sistema sanitario	43
6. Otro informe crítico. Según el Euro Health Consumer Index	44
Conclusiones	45
Capítulo 4. España y Unión Europea	47
Punto de partida: ¿de dónde veníamos? (en lo económico y en lo social)	47
Crisis económica y salud en España	48
Comparativa de países	50
Varios gráficos para comprender mejor la situación	53
Salud Pública y medicina preventiva	58
Consumo y Gasto en Farmacia	61
Conclusiones	63
Capítulo 5 ¿Cómo es la Sanidad de España y Euskadi?	65
12 cuadros comparativos	68
Conclusiones	75
Capítulo 6. Relato de lo sucedido este último año	77
Normas aplicadas y restricciones impuestas en este periodo	78
Datos de contagios	79
Datos de contagios de Euskadi	81
El caos en las residencias de mayores	83
Centros penitenciarios	84
La economía española durante la crisis	85
Crisis en el empleo	86
Turismo, Hostelería, Comercio	87
Los jóvenes frente a la COVID-19	87
¿Qué dicen las encuestas?	88
Sobre la Salud Mental durante la pandemia	88
Lucha contra la pobreza y la desigualdad	89
Economía mundial y Economía española	89
Percepción de la ciudadanía española de la situación económica y sanitaria	90
Consumo de alcohol, tabaco y diversas drogas	90

Percepción de las diversas medidas que ha tomado el Gobierno de la nación	90
Encuesta UNI Global Union	91
Encuesta OMC	92
EUROBARÓMETRO	92
¿Qué opinan los expertos, los filósofos, los políticos, y qué dicen los técnicos?	94
David Harvey	94
Santiago Grisolia	94
Oriol Mitjà	95
The Lancet, artículo sobre España	95
Mensaje de 55 sociedades científicas a la clase política por la gestión de la COVID-19	96
Las sociedades médicas apoyan una auditoría independiente sobre la COVID-19 en España	96
Científicos españoles reclaman “una acción coordinada y urgente” frente a la COVID-19	96
Auditoría COVID-19. El Confidencial; Examen independiente a la gestión de la pandemia	97
¿Estaba preparado nuestro sistema sanitario para esta pandemia?	98
Comisión para la Reconstrucción Social y Económica	98
Críticas más importantes a este dictamen	99
1. Una veintena de organizaciones sociales, sanitarias y sindicales	99
2. FACME e IMAS	100
¿Se podía haber evitado la pandemia?	100
¿Hemos aprendido alguna lección en los últimos años?	102
¿Se han tomado las medidas necesarias para prevenir una probable nueva pandemia futura?	103
Vacunas y vacunaciones	104
Los datos de vacunación en el mundo	104
Euskadi, España y Europa del futuro. Los Planes de Recuperación y Resiliencia	109
A modo de crítica	110
Sensaciones y sentimientos personales	112
Conclusiones	113
Bibliografía recomendada	119
Bibliografía web	119
Páginas web de interés	121
Referencias y anotaciones	123

Síntesis inicial

En este largo año transcurrido desde la declaración en España del Estado de Alarma, con motivo de la Pandemia provocada por el virus Sars-Cov-2, hemos vivido circunstancias muy adversas. Muchas personas han muerto, otras muchas han enfermado y han padecido (y siguen padeciendo) importantes secuelas. La situación económica de nuestro país ha sufrido un cataclismo en el que aún estamos inmersos. Con este documento queremos aportar la visión del fenómeno pandémico desde varios ángulos, con la intención de enriquecer el análisis que, como sociedad, necesitamos realizar.

Palabras Clave

Pandemia, Virus, Calamidad, Sistema Sanitario, Política Sanitaria, Salud Pública, Ineficiencias, Carencias, Desigualdades, Resiliencia, Inversiones, NextGenerationEU...

Preámbulo

Primeras sospechas

La situación vivida en este último periodo de tiempo se nos está haciendo eterna, aunque realmente llevamos unos meses enfrentados a este virus, que “ha caído” en medio de nuestra sociedad, y que en algunos momentos se ha considerado como el “*meteorito que (según dicen) acabó con los dinosaurios hace 66 millones de años*”. Nuestra sociedad estaba preparada para graves contingencias, como puede ser una Pandemia, pero el Sars-Cov-2 nos ha desbordado, por lo menos durante los primeros meses. Como sociedad sólo fuimos capaces en un primer momento (que no es poco) de protegernos mediante el aislamiento para evitar la exponencial transmisión comunitaria de este virus. Esperamos acabar con esta pesadilla en el momento en que dispongamos (en todo el mundo y para toda la ciudadanía) de suficientes vacunas y de medicamentos eficaces para combatirla. Mientras tanto tenemos que seguir aprendiendo y aplicando todo lo aprendido en estos meses, y en la medida de lo posible ir preparando y poniendo en práctica los cambios necesarios en nuestro sistema sanitario.

Porque en este periodo tan corto hemos podido ver las “costuras” de nuestro sistema sanitario, sistema que puede romperse si no se emprenden urgentemente diversas y excepcionales medidas de apoyo y mejora. No, no es verdad que nuestro sistema sanitario fuese “*el mejor sistema sanitario del mundo*”, frase de nuestra “conciencia colectiva” que ha sido utilizada por todos los políticos de nuestro país. Esto nos debe hacer recapacitar y actuar en consecuencia cuanto antes.

Es cierto que nuestro Sistema Sanitario es muy bueno, pero necesita muchas mejoras. Coincidimos con lo expresado por Iñaki Ereño¹, “... *estábamos convencidos de que teníamos*

uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Y estructuralmente lo es: proporciona cobertura universal a la población, despliega una red de atención primaria con muchísima capilaridad y gran capacidad preventiva, desarrolla una atención especializada para casos agudos con enorme resolución, forma a unos profesionales especialistas excelentes, entre otras cosas, gracias al sistema Médico Interno Residente (MIR), y todo ello redundando en la esperanza de vida de los españoles, una de las más altas del mundo. De pronto, hemos caído en la cuenta de que este sistema ni es tan fuerte ni dispone de todos los recursos deseables para superar una pandemia... afrontar las eventuales emergencias solo se puede hacer desde la máxima preparación. Las improvisaciones y la falta de recursos que ha demostrado el sistema indican lo contrario...”

Uno de los principales motivos de que nuestro sistema sanitario no sea el que creíamos tener ha sido la muy importante disminución del gasto sanitario en España, que fundamentalmente se ha producido desde que dio comienzo la anterior crisis económica de 2008.

Iremos abordando estos asuntos en los capítulos sucesivos.

Capítulo 1.

Introducción

Nuestra visión, desde OSALDE y desde la FADSP, del momento creado por la crisis de la pandemia

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, en su documento² **“Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia”**, de mayo de 2020 dice: *“La actual pandemia pasara, pero no sabemos si quizás para siempre, o vuelva todos los años en forma de epidemia estacional, o se quede en situación endémica, en todo el mundo o solo en algunos países, en todo caso habrá que prepararse para nuevas situaciones más o menos parecidas, porque los cambios que nuestro sistema económico y social ha producido en el ecosistema y la globalización neoliberal tienen unos costes que aunque con frecuencia los olvidamos, la realidad nos los recuerda, a veces como ahora de manera trágica”*.

En dicho informe se indica también:

Las evidentes deficiencias. La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas que nuestro sistema sanitario arrastraba hacía tiempo. El primero una baja financiación que viene de antiguo.

El apoyo a la Sanidad Pública. La pandemia ha demostrado la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad con acceso universal.

Lo que necesitamos hacer:

1. Financiación suficiente de la Sanidad Pública.
2. Mejorar la coordinación Inter autonómica.
3. Potenciar la Salud Pública.
4. Impulsar y desmedicalizar la Atención Primaria.
5. Incrementar las camas hospitalarias de la red de gestión pública.
6. Acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado.
7. Aumentar el número de trabajadores del sistema público de salud.
8. Realizar un plan de abordaje de las listas de espera.
9. Crear un fondo de reserva de material sanitario.
10. Control del gasto farmacéutico y potenciar la fabricación pública de medicamentos.
11. Favorecer la investigación sanitaria pública.
12. Fomentar una red pública de residencias de mayores.

En primer lugar, frente a esta crisis, nuestros principales objetivos como organización en defensa de la sanidad pública de Euskadi son los manifestados en nuestra Editorial, titulada “**Breves reflexiones³ sobre la Epidemia del Coronavirus**”, del 12 de marzo de 2020, destacando:

1. El contagio de la enfermedad es muy rápido.
2. Aprender de la historia y de las experiencias comunes.
3. La Salud Pública en el puesto de mando.
4. Fortalecer el papel de los Centros de salud.
5. Hay que evitar las muertes evitables.
6. Los medios de comunicación tienen una importante responsabilidad.
7. Es necesario conciliar la vida laboral y la vida familiar.
8. La red privada en el sector salud ni se entera.
9. La salud y el entorno económico.
10. La fragilidad del sistema capitalista de la economía.

Uno de los principales objetivos de cualquier sistema sanitario debe ser que se garantice la seguridad de todo el personal que trabaja en los sectores sanitario y sociosanitario, y que sus trabajadores tengan disponibles todos los EPIs necesarios en cada momento, así como asegurar el control de la posible infección entre el personal sanitario para evitar que se propague cualquier foco infeccioso entre otros trabajadores y usuarios del sistema.

Visión: ¿cómo debería ser el sistema sanitario y sociosanitario?

Es necesario que nuestra sociedad esté convencida de que un Sistema Sanitario es (debe ser) un “**servicio de interés general**”. La *Comisión⁴ Europea lo define* como “... aquellos que las administraciones públicas de los Estados miembros de la UE consideran como tales y que, en consecuencia, están sujetos a obligaciones específicas de servicio público...”.

En palabras del *Ararteko⁵*, “*La expresión **servicios de interés general (SIG)** remite de un modo intuitivo al ámbito de prestaciones básicas y esenciales para la ciudadanía. Aunque posiblemente se lograría un amplio consenso en la enumeración de muchas de esas actividades y prestaciones, resultaría francamente comprometida la realización de una lista cerrada. En realidad, muchas necesidades consideradas básicas en nuestra sociedad (lo que supone situarse históricamente en un determinado contexto económico y social) se satisfacen en un mercado privado naturalmente abierto a la competencia. En otros casos, sin embargo, el papel de lo público como proveedor o al menos titular de un servicio ha estado más presente. En determinados supuestos esa presencia continúa; en otros se ha producido una privatización, entendiéndose por tal la desaparición de la titularidad pública...*”.

En principio no debería existir conflicto en aceptar la existencia de servicios sanitarios privados que puedan colaborar con el sistema sanitario público en la provisión de servicios a la ciudadanía. **Lo que debería rechazarse abiertamente es que se “adelgace” cada vez más el sistema público de salud para “facilitar” la expansión del sistema sanitario privado.**

En muchos momentos de nuestra historia reciente se ha podido constatar ese adelgazamiento del sistema público, y ese menor gasto e inversión en nuestro sistema público de salud nos está pasando factura.

En el momento del inicio de la anterior crisis económica, en 2008, en España las administraciones públicas destinaban a Gasto Sanitario 68.128 millones de euros, y el sector privado 24.933 M. €. En 2017, el gasto público en sanidad alcanzó 73.080 M.y el privado 30.779 M. En ese mismo periodo la inflación representó aproximadamente el 13%. En 2017 el gasto sanitario total en España supuso el 9% del PIB (6,4% el público y 2,6% el privado).

Pero en los años duros de la crisis, en España el gasto sanitario público⁶ cayó mucho:

España. Gasto Público en sanidad. En millones de euros							
2007	61.549	2010	72.812	2013	65.695	2016	71.352
2008	68.128	2011	71.667	2014	65.927	2017	73.080
2009	73.081	2012	68.085	2015	70.142	2018	75.435

Elaboración propia. Fuente: Datos Macro.

Comparando con los países de nuestro entorno, año 2018:

- España, 75.435 M.€; 6,24% del PIB; 1.617 €/ habitante.
- Alemania, 321.134 M.€; 9,48% de PIB; 3.879 €/ habitante.
- Francia, 219.386 M.€; 9,32% del PIB; 3.278 €/ habitante.
- Italia, 114.940 M.€; 6,54% del PIB: 1.900 €/ habitante.
- Reino Unido, 180.324 M.€; 7,53% del PIB; 2.721 €/ habitante.

Este debe ser el momento en el que se blinde el sistema sanitario público como un derecho inalienable de la ciudadanía, y que se haga el esfuerzo de alcanzar, cuando menos, un gasto sanitario público superior al 7% del PIB.

Democracia Participativa

La otra clave fundamental para las Asociaciones en defensa de la Sanidad Pública la representa (o así debería ser) la “*democracia participativa*”⁷. La propiedad de los servicios públicos debe residir en la sociedad civil y por tanto ésta debe de estar representada en todas las instituciones (pero no de una manera simbólica y buenista, sino con verdadero poder decisorio). Según afirma José O. Rebollo “...(debe servir)... *para el fortalecimiento de la legitimidad del poder político y mayor eficacia de las políticas públicas...*”.

El papel crucial de la Atención Primaria de Salud, hoy y en el futuro

Desde OSALDE reivindicamos el papel esencial que los trabajadores y trabajadoras de Atención Primaria han realizado y están realizando en esta crisis, a pesar de la escasez de

medios con los que cuentan y del papel de “actor secundario” que nuestra Administración Sanitaria le adjudica, olvidando su vital importancia, su alta capacidad resolutoria, su cercanía a las personas usuarias, así como su cualificación y compromiso.

Análisis, reflexiones y consideraciones nuestras y de otras organizaciones con las que coincidimos plenamente y que debieran regir futuras modificaciones del SNS

“Es necesario exigir la no utilización de la salud como terreno donde cabe todo en los debates, precisamente por su sensibilidad social. No solo porque somos partidarios de que todos los cuadros de gestión sean independientes del poder político de turno, y que se valoren por sus capacidades, evaluadas periódicamente, sino por el oportunismo y el patrón de tipo consumista”. Juan Luis Uría, OSALDE⁸.

Grupo de Investigación de Determinantes de la Salud y Cambio Demográfico de la UPV/EHU; Principales resultados del estudio elaborado por OPIK⁹... La investigación, según Elena Rodríguez, parte de una hipótesis: *“la privatización de los servicios de salud, en cualquiera de los contextos que se realice, supone un riesgo en el ejercicio del derecho a la salud, provocando un peor acceso, menor uso de los servicios y desempeño más bajo por parte del personal sanitario”*.

“... la salud no es homogénea, así que el derecho a la salud tampoco lo tendrá que ser”. Carlos Mediano, *Médicus Mundi*, *Amenazas a la salud y la equidad en salud en distintos escenarios*.

“... (la) evaluación es muy necesaria, pero parece difícil de realizar por esta polarización de posturas, donde ambos bandos parece que ya tienen la respuesta... sería necesario ponerse de acuerdo en varias cuestiones antes de comenzar... la primera es decidir si queremos hacer una evaluación política o una evaluación de políticas: en la primera, el objetivo es buscar culpables; en la segunda, buscamos mejoras...”. Carlos Mediano¹⁰, *Médicus Mundi*.

“Desde el año 2001 en que se transfirieron todas las competencias de Sanidad, la evolución de los diferentes sistemas sanitarios depende de los Gobiernos de cada una de las Comunidades Autónomas, lo que, acompañado de un escaso desarrollo de los sistemas previstos para garantizar la cohesión del Sistema Nacional de Salud, está favoreciendo la existencia de grandes diferencias Inter-autonómicas en los servicios sanitarios y en suma en el estado de salud de la población”. Carmen Ortiz Ibáñez, FADSP¹¹.

“... el empleo en el Sistema Nacional de Salud tiene tres problemas significativos: su tasa de temporalidad es excesiva por el elevado número de interinidades acumuladas; la temporalidad es dual y junto a las interinidades prolongadas hay una temporalidad de intensa rotación; y los contratos temporales tienen una antigüedad excesivamente alta, reflejando una cronificación del problema”. Fernando Puig-Samper, CCOO¹².

“... han transcurrido ya treinta años desde que la ley general de sanidad creaba el sistema nacional de salud en España... Se concluye [...] que hoy es necesaria una nueva ley general de sanidad que ponga al día, refunda y ordene normas que hoy aparecen dispersas y, en ocasiones, de forma contradictoria... garantizar la universalidad del SNS, reforzar las políticas de promoción de la salud y la atención primaria, asegurar su financiación y los recursos necesarios para su actividad, mejorar la coordinación entre los servicios de salud, promover la transparencia y el buen gobierno del sistema, evaluar y controlar su funcionamiento, siguen siendo criterios válidos pero que deben ser puestos al día... la conclusión es que, además, esta tarea no puede ser abordada en solitario por un gobierno, sino que requiere un amplio consenso social... un acuerdo parlamentario entre los diferentes grupos políticos debería permitir alcanzar un pacto sanitario que, junto con un acuerdo en el marco del diálogo social con las organizaciones sindicales y empresariales, diera estabilidad y garantías de futuro a la protección a la salud y la atención sanitaria en España. Treinta años de SNS. Desafíos actuales y propuestas. Fundación 1 mayo, Estudio 98¹³.

“... el criterio de austeridad bajo el que se han regido las políticas públicas estos últimos años ha causado un deterioro en el sistema público de salud, limitando la cobertura del modelo de atención asistencial universal y sus recursos. Estos recortes en derechos se han producido en un contexto de envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y consecuentemente con una necesidad creciente de un mayor gasto en investigación y nuevas terapias. Sin embargo, se están produciendo recortes de derechos, en sanidad y recursos sanitarios y un encarecimiento de los gastos sanitarios para los hogares, ocasionando una pérdida de calidad de vida”. Fundación 1 mayo¹⁴, Observatorio Social de las Personas Mayores 2019.

“...Ojalá (se dé) un cambio en la mirada de quiénes gestionan, que incluya a la Atención Primaria no como uno de los apartados del sistema sino como la forma de entender la atención y los cuidados. Ojalá mayores recursos (que en Atención Primaria es hablar fundamentalmente de recursos humanos) y, sobre todo, mayor autonomía de gestión de los y las profesionales y de los centros...”. Gorka Maíz¹⁵, Osatzen.

“Los cambios sociales (envejecimiento, cronicidad, aumento de las desigualdades, cambios en las familias, aumento creciente de las expectativas y demandas hacia los sistemas sanitarios por parte de la ciudadanía...), requieren cada vez más de respuestas que superen el tradicional modelo biomédico, hospitalocéntrico, paternalista y fragmentado de la atención sanitaria. La AP es más necesaria que nunca, si queremos dar respuesta a las demandas de la sociedad actual y asegurar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario...”. EFEKEZE¹⁶ ante la situación de AP de Salud.

Nuestro compromiso como organización OSALDE

Para finalizar este capítulo, añadimos¹⁷ nuestro compromiso.

Salud y enfermedad

La salud y la enfermedad son conceptos dinámicos que están profundamente enraizados en las relaciones sociales y en la cultura de los pueblos. Entendemos la salud no sólo

como ausencia de enfermedad, sino como la capacidad de autogestión ante los desafíos sociales, físicos y emocionales. Entendemos la salud como un instrumento para vivir una vida gozosa, solidaria y autónoma. En consecuencia, el nivel de salud y el grado de bienestar alcanzados son indicadores del desarrollo humano logrado en un momento histórico determinado por una sociedad y por todos sus miembros.

Determinantes de la salud

Son los determinantes sociales de la salud los responsables principales de un mayor o menor bienestar: acceso al agua potable de calidad, saneamiento básico suficiente, grado de contaminación del aire, tierra y agua, el equilibrio del ecosistema, acceso a una vivienda digna, calidad de la democracia política y social, calidad y cantidad del trabajo y del desempleo, alimentación suficiente, diversificada y accesible para la mayoría, grado de cohesión social en las comunidades donde vivimos, distribución equitativa del poder entre mujeres y hombres, etc., así como el acceso universal a unos servicios públicos de salud de calidad y sostenibles, que eviten desigualdades en salud en los distintos grupos sociales y personas.

Salud Pública

Los elementos de la salud pública (la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la planificación, la vigilancia epidemiológica...) son esenciales para desarrollar una buena política de salud. Consideramos que las redes de participación ciudadana, con capacidad de decisión y autónomas de los poderes políticos y financieros, garantizan la no dependencia y una buena salud para todos y para todas.

Atención Primaria fuerte

Apostamos por una Atención Primaria fuerte, accesible y resolutive, que ejerza de gestora de la biografía del paciente dentro del sistema sanitario, y que contribuya, con el resto de los recursos comunitarios, a prevenir, curar y aliviar la enfermedad. Entendemos una Atención Especializada (del nivel secundario), de calidad al servicio y apoyo de la Atención Primaria, que coordine su actividad adecuadamente con la red de servicios de la Atención Primaria. Es necesario repensar el papel del hospital en el Sistema de Salud. Estamos por un hospital abierto socialmente, científico, de calidad, conectado con el sector socio sanitario y bien coordinado e integrado con el conjunto de centros de salud e instituciones del Servicio de Salud.

Apostamos por la prevención

La prevención de las enfermedades (primaria, secundaria y terciaria) de eficacia debidamente probada y con perspectiva de género, además de la calidad de los servicios, puede ayudar a alcanzar altos niveles de salud, detectando precozmente enfermedades y evitando las complicaciones y secuelas de las mismas.

La Salud es un Derecho

La salud es un derecho, no una mercancía. Derecho reconocido por múltiples acuerdos Internacionales, que afecta a las necesidades de la sociedad para propiciar una vida saludable a sus miembros. La salud es de todas las personas.

Defendemos los Servicios Públicos de Salud

Defendemos los servicios públicos de salud; no compartimos las políticas privatizadoras que fragmentan, destruyen, o descapitalizan los servicios públicos. Estamos contra el copago sanitario que grava la enfermedad, perjudica a las personas desfavorecidas, que son quienes más necesidades presentan.

Contra la medicalización de la vida

Sin embargo, alertamos sobre los riesgos de la medicalización causantes de una importante yatrogenia, del sobrediagnóstico y de la necesidad de modificar la situación actual. Apoyamos la denominada prevención cuaternaria, entendida como un conjunto de actividades que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

Por ello, estamos por una cultura y una política sanitaria de seguridad del paciente y de la paciente, herederas del principio *Primum non nocere* –primero no hacer daño– que busque el beneficio del paciente, especialmente del que no pueda valerse por sí mismo, y una mejora de la salud pública. Apostamos, por la equidad y la eficiencia como valores de justicia, pero también la evitación y reparación del daño. Así como la promoción al respeto de la autonomía del paciente que obligue a los sanitarios a una información adecuada de los riesgos de sus intervenciones diagnósticas, terapéuticas, promocionales o preventivas. En definitiva, estamos por una cultura y una actitud acordes con los valores y deberes de “no maleficencia”, “justicia”, “beneficencia” y “respeto a la autonomía del paciente”.

Buen Gobierno de la Sanidad

Consideramos fundamental la participación del personal sanitario y de la ciudadanía en el “buen gobierno” de los centros sanitarios, así como la transparencia y la democracia en el conjunto de los servicios públicos e instituciones de salud.

Uso racional de medicamentos y tecnología

Entendemos que es necesario un uso racional de los medicamentos y otras medidas terapéuticas, así como un uso racional de tecnologías, y unas relaciones éticas con la industria farmacéutica y de tecnología médica.

Formación profesional independiente

La docencia de pre y de postgrado y la investigación clínica deben ser independientes de la industria privada o, en su caso, financiarse y patrocinarse esencialmente por

las entidades públicas. La investigación clínica y la docencia deben estar exentas de conflictos de intereses.

Contra las desigualdades en salud

Estamos por una distribución de los recursos y tecnologías sanitarias disponibles más justa y equitativa, que garantice para todos y para todas, los servicios de salud necesarios. Las desigualdades en salud que ocasionan la actual distribución y uso de los recursos son motivo de pobreza, enfermedades, invalideces y muertes prematuras, prevenibles e innecesarias.

Cooperación y solidaridad

Consideramos que la cooperación para el desarrollo y la solidaridad dan un sentido de dignidad y de ética a nuestras profesiones sanitarias. La salud, la solidaridad, el desarrollo humano y la cohesión social, junto con servicios de salud públicos, de calidad, científicos, equitativos, culturalmente competentes y accesibles socialmente, pueden garantizar el logro más alto posible de bienestar individual y social.



Capítulo 2.

Punto de partida para el análisis

¿Alguna vez se pregunta la ciudadanía cuanto gastamos en nuestro sistema sanitario? ¿Gastamos mucho o poco? ¿Nuestro país es rico? ¿Cuántos impuestos recaudamos? Y nuestros salarios, ¿sirven para tener una vida desahogada? ¿Cuánta deuda, pública y privada, tiene nuestro país? ¿Hay bolsas de pobreza? Nuestro sistema de protección social, ¿cubre las carencias de los más necesitados? Responder a todas estas preguntas es fundamental para tener una visión de conjunto del estado real de la economía de nuestro país, ya que estamos convencidos de que la salud depende de estos factores y de cómo se desempeñen nuestras administraciones públicas en sus diversas funciones, ya que la salud depende (y está condicionada) de las políticas que implemente nuestro país. Sabemos que la salud depende de “Todas” las políticas desarrolladas, pero también, sabemos que es necesario un mínimo nivel de gasto, a partir del cual se garantiza un nivel de vida saludable a la ciudadanía.

Algunos datos socioeconómicos de España y de Euskadi comparados entre sí y con otros países

Población

A 1 enero 2020¹⁸ en España residían 47.330.000 habitantes (23 millones son hombres y 24 millones son mujeres), de los que 5.235.000 son ciudadanos extranjeros. En el País vasco, a 1 enero 2019 residían 2.207.776 (1.073.074 hombres y 1.134.702 mujeres), de los que 163.808 son ciudadanos extranjeros. En el País Vasco reside el 4,66 % del total de la población de España.

Flash económico-social. Un poco de economía para situarnos.

PIB comparado

En el listado que se expone a continuación¹⁹ se relacionan varios países según un orden decreciente de Producto Interior Bruto per cápita, en PPA (Paridad de Poder Adquisitivo), con los datos de varios años. Está ordenado según los resultados del año 2018, en el que España aparece en el puesto 33º del mundo (restando los puestos que ocupan el promedio de UE, OCDE y zona euro). España obtiene un resultado cercano al de Italia y Japón.

Nota: La SPA (*Standars de Pouvoir d'Achat*), la PPP (*Purchasing Power Parity*), o paridad del poder adquisitivo (PPA)²⁰ es un indicador económico que compara el nivel de vida entre distintos países, teniendo en cuenta el Producto interno bruto per cápita en términos del coste de vida real en cada país. (Ejemplo: Si con 500 dólares se puede comprar un ordenador marca XXX en Alemania, con esos mismos 500 dólares se debería poder comprar el mismo ordenador en España, en Chile, en Angola, en Rusia, en EE. UU. o en China). Para una mayor explicación, consultar INE²¹.

PIB per cápita PPA (\$ a precios internacionales actuales)						
Nº Orden / 2018	País	1990	2000	2010	2018	Por cuanto se ha multiplicado el PIB desde 1990 hasta 2018
1	Macao, China/	27.082	34.743	99.167	135.121	4,99
2	Luxemburgo	29.656	55.362	85.678	116.786	3,94
5	Irlanda	13.734	30.185	43.327	84.460	6,15
6	Suiza	27.587	35.763	53.107	69.366	2,51
7	Noruega	18.427	36.950	57.958	67.640	3,67
9	Estados Unidos	23.889	36.335	48.468	62.887	2,63
10	Hong Kong	18.270	28.253	49.185	62.727	3,43
14	Países Bajos	19.140	31.883	45.074	57.565	3,01
15	Dinamarca	18.210	28.669	43.032	57.218	3,14
17	Alemania	19.428	27.209	38.979	54.457	2,80
18	Suecia	20.221	29.461	42.211	53.808	2,66
19	Bélgica	18.654	27.795	39.867	52.254	2,80
21	Australia	17.332	26.318	39.302	51.036	2,94
23	Canadá	20.151	29.266	40.019	49.994	2,48
27	Zona del Euro	16.988	25.325	35.796	47.252	2,78
28	Reino Unido	16.819	26.413	36.368	46.868	2,79
29	Francia	17.619	26.100	35.927	46.447	2,64
30	Miembros OCDE	16.927	25.240	35.259	45.962	2,72
31	Unión Europea	14.797	22.075	32.871	44.348	3,00
33	Italia	18.603	27.083	35.182	42.798	2,30
34	Nueva Zelandia	14.857	21.519	31.254	42.194	2,84
35	Japón	19.561	26.839	34.987	41.473	2,12
36	España	13.661	21.592	31.704	40.484	2,96

Elaboración propia. Fuente: Banco Mundial.

A continuación, se exponen los **resultados comparados de varios países de la Unión Europea del PIB²² a precios de mercado**. En esta primera tabla se observa la evolución negativa en el resultado obtenido por España en la comparación, alejándose de los países motores de la UE.

Producto Interior Bruto a los precios de mercado					
	2010	2019		2010	2019
Unión Europea 27 países (a partir de 2020)	100	100	Francia	123,3	115,6
Bélgica	133,9	132,5	Italia	108,2	95,2
Alemania	128,3	133,0	País Vasco	154,5	150,2
Irlanda	147,8	226,6	Portugal	68,2	66,5
Grecia	81,6	56,3	Suecia	160,5	148,4
España	92,5	85,0	Reino Unido	119,5	121,4

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Nota: PIB (Producto interior bruto) a **precios de mercado**²³ es el resultado final de la actividad productiva de las unidades de producción residentes. Es igual a la suma de los valores añadidos brutos de los diversos sectores institucionales o de las diferentes ramas de actividad, más los impuestos menos las subvenciones sobre los productos (que no se asignan a los sectores y a las ramas de actividad). También es igual al saldo de la cuenta de producción del total de la economía.

Si se compara el mismo parámetro, pero teniendo en cuenta la paridad de poder de compra, el resultado obtenido por España es algo mejor que en la comparación que se ha mostrado en el anterior cuadro, a precios de mercado, aunque sigue a bastante distancia de países como Alemania y Francia, tal como se muestra en el siguiente cuadro²⁴:

PIB per cápita en estándares de poder adquisitivo (SPA)					
	2010	2019		2010	2019
Unión Europea 27 países (a partir de 2020)	100	100	Italia	108	95
Unión Europea 28 países (2013-2020)	101	101	Países Bajos	140	128
Bélgica	119	117	Portugal	83	79
Alemania	118	121	Suecia	126	120
Irlanda	131	191	Reino Unido	110	105
Grecia	95	68	Noruega	174	144
España	101	91	Estados Unidos	147	140
Francia	109	106	Japón	104	93

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En el siguiente cuadro se comparan las economías de varios países y grupos de países, y se muestra el **PIB per cápita en poder de paridad de compra**²⁵. Para 2020 el dato de *España* es un **27% menor** que el dato de los países del G7 (cuando en 2019 era un 22% menor, mostrando este dato que el efecto causado en la economía española por la COVID-19 ha sido mucho mayor que en los países más ricos).

PIB per cápita, precios corrientes (paridad de poder adquisitivo: dólares internacionales per cápita)									
País	1980	1990	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022
Australia	10.506	18.874	28.998	41.689	46.407	52.726	50.845	53.189	55.135
Brasil	4.817	6.844	9.114	14.360	14.816	15.337	14.563	15.208	15.734
Canadá	11.811	20.438	29.949	40.013	44.703	51.190	47.569	50.596	52.681
Chile	3.441	5.860	11.327	18.953	22.683	25.057	23.455	24.721	25.703
Economías de mercados emergentes y en desarrollo	1.598	2.567	4.295	8.246	9.968	11.771	11.377	12.183	12.878
Unión Europea	9.241	16.750	24.001	33.350	38.439	46.640	43.616	46.790	49.147
Francia	10.770	19.680	28.580	37.361	42.289	49.799	45.454	49.124	51.287
Alemania	11.143	20.505	29.477	40.097	47.622	56.226	53.571	57.081	59.920
Grecia	8.855	13.525	19.821	28.143	26.810	31.572	29.045	30.984	33.386
Italia	10.908	20.361	29.242	35.402	36.870	44.161	40.066	43.139	45.099

País	1980	1990	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022
Japón	8.948	19.861	26.956	35.149	40.448	43.194	41.637	43.709	45.411
Principales economías avanzadas (G7)	11.006	21.309	31.471	41.777	48.438	55.556	52.835	55.896	58.355
España	7.828	15.200	23.905	31.594	34.939	43.154	38.143	41.736	44.185
Reino Unido	8.808	17.420	26.553	36.134	42.522	48.727	44.288	47.693	49.832
Estados Unidos	12.553	23.848	36.318	48.403	56.849	65.254	63.051	66.144	69.004

Precios

Comparación de precios entre los diversos países. ¿Son los precios más bajos una ventaja? Dice Piergiorgio²⁶ M. Sandri, “*Se acuerdan? Primero llegó el mercado común (1992), luego el euro (2002). Dos grandes retos que tenían un objetivo a largo plazo: reducir la disparidad de precios entre los distintos países de la Unión. La visión de los legisladores en aquel entonces era que, gracias al libre tránsito de personas y mercancías y la adopción de una misma divisa, hubiera sido más fácil para los europeos comparar las diferentes ofertas, de modo que al final todos habríamos pagado menos. Décadas después, esta ambición ha quedado a medio camino, porque, de acuerdo con el último estudio de Eurostat, las diferencias persisten*”.

Tal y como puede comprobarse en la siguiente tabla, el nivel de precios²⁷ en los países de la Unión Europea es muy disperso, y tras el periodo de caídas generalizadas en los precios después de la crisis de 2008, en general todos han subido mucho. Aun así, el valor promedio en España es algo más bajo que la media.

Niveles comparativos de precios 2009-2015-2019			
	2009	2015	2019
Unión Europea 27 países (a partir de 2020)	100	100	108
Unión Europea 28 países (2013-2020)	101,3	106,5	103,3
Bélgica	111,7	111,2	114,7
Alemania	107	107	106,8
Estonia	74,1	77,5	85,1
Irlanda	125,9	128,4	133,7
Grecia	95,3	88,2	86,6
España	99,1	94,9	96,6
Francia	112,4	112	114,1
Italia	112,4	112	114,1
País Vasco	108	114,2	116,5
Portugal	87,3	86,5	87,9
Suecia	105,8	127,8	120,6
Reino Unido	108,7	142,6	121,2
Noruega	137,1	152,2	149,5
Estados Unidos	88,8	115,8	122,6
Japón	118,7	104,2	124,1

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Nota: El nivel de precios²⁸ es una medida que sirve para representar de forma agregada todos los precios que existen en una economía. Su tasa de variación se corresponde con la tasa de inflación que se está registrando.

Salarios

En la tabla siguiente puede comprobarse tres cosas: que se ha registrado una leve caída de los salarios²⁹ respecto al inicio de la anterior crisis de 2008; que salvo en el caso de países como Francia, Alemania y Dinamarca, en el resto de los países representan menos del 50% del PIB; y que **el dato de España es de los más bajos**, lo que significa un nivel medio de retribuciones más bajo que la media.

Remuneración de empleados /% del Producto Interno Bruto (PIB)		
	2009	2019
Unión Europea 27 países (a partir de 2020)	47,9	47,5
Unión Europea 28 países (2013-2020)	48,3	47,8
Bélgica	52,2	49,5
Dinamarca	54,9	51,1
Alemania	51,4	53,8
Irlanda	43,7	29,0
Grecia	35,7	34,7
España	49,6	45,8
Francia	52,3	51,2
Italia	40,2	40,3
Países Bajos	50	47,9
Portugal	47,7	44,7
Suecia	46,8	47,7
Reino Unido	51	49,7
Noruega	45,9	48,9

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Nota: Según Eurostat, la remuneración de los empleados se define como la remuneración total en efectivo o en especie pagada por los empleadores a sus empleados en pago por el trabajo realizado. Incluye contribuciones a la seguridad social pagadas por los empleadores.

A continuación, se muestran las diferencias salariales³⁰ entre ambos sexos en España:

Salarios en España						
Salarios en España	Mujeres		Hombres		Cociente mujeres respecto a hombres	
Unidades: Euros, %	2009	2017	2009	2017	2009	2017
Salario a tiempo completo	22.898,25	25.416,75	26.523,55	28.716,71	86,33	88,51
Salario mediano	16.433,14	17.214,60	20.730,71	21.970,34	79,27	78,35
Salario a tiempo parcial	9.872,39	10.409,96	11.247,94	11.279,92	87,77	92,29

Elaboración propia. Fuente: Encuestas de estructura salarial. INE.

En el siguiente cuadro pueden apreciarse las significativas diferencias salariales³¹, tanto entre máximos y mínimos, como entre las CC. AA. españolas: de casi 5 veces entre percentiles extremos en 2017 y de casi 1,5 veces entre las CC. AA. que mayor y menor salario medio tenían en 2017.

Distribución salarial. Ambos sexos							
	Media	Percentil 10	Percentil 90		Media	Percentil 10	Percentil 90
Total Nacional				Comunidad Valenciana			
2017	23.647	8.584	42.454	2017	21.362	7.266	38.196
2013	22.698	7.692	41.108	2013	20.878	7.284	37.246
2008	21.883	8.904	38.558	2008	19.794	8.317	34.299
Andalucía				Extremadura			
2017	21.404	7.837	38.261	2017	19.672	6.224	34.196
2013	20.782	7.067	38.062	2013	19.130	5.701	33.291
2008	20.139	8.153	35.106	2008	18.265	8.596	31.302
Castilla y León				Comunidad de Madrid			
2017	21.847	8.451	38.408	2017	27.089	9.920	50.281
2013	20.441	6.898	36.673	2013	26.215	8.885	49.370
2008	20.218	8.878	34.896	2008	25.270	9.715	46.749
Cataluña				País Vasco			
2017	25.180	9.177	43.961	2017	28.204	10.127	46.946
2013	24.254	8.069	43.499	2013	26.915	9.398	45.945
2008	23.376	9.221	40.775	2008	25.547	9.996	42.336

Elaboración propia. Fuente: INE.

Y en este siguiente constan los *salarios³² medios* de países de la OCDE en 2019. El **salario medio en España supone solo el 33,5% del salario medio más elevado de la OCDE, el 75,3% del salario medio francés o el 52,7% del alemán.**

Salarios en 2019			
País	Salario Medio	Valoración respecto año anterior	Comparación % con el mayor salario medio
Suiza	82.098	-5,26%	100,00
Noruega	62.400	-20,66%	76,01
Luxemburgo	60.770	-3,56%	74,02
Dinamarca	57.312	-14,77%	69,81
Australia	54.520	5,30%	66,41
Países Bajos	53.198	-2,63%	64,80
Alemania	52.185	-2,43%	63,56
Estados Unidos	50.965	3,63%	62,08
Bélgica	49.565	-3,41%	60,37
Irlanda	48.806	-2,04%	59,45
Austria	48.412	-2,52%	58,97
Reino Unido	46.485	-6,25%	56,62
Finlandia	45.271	-3,52%	55,14
Suecia	43.613	-16,10%	53,12
Japón	42.853	-10,54%	52,20
Israel	39.842	-5,92%	48,53
Corea del Sur	38.117	-5,43%	46,43
Canadá	37.086	-11,86%	45,17
Nueva Zelanda	36.581	-14,03%	44,56
Francia	36.547	-4,61%	44,52
Italia	31.602	-3,52%	38,49
España	27.537	-3,04%	33,54
Grecia	21.382	-4,75%	26,04
Portugal	18.787	-3,37%	22,88
Estonia	17.118	3,13%	20,85
República Checa	15.924	-14,12%	19,40
Polonia	13.808	-2,76%	16,82
Hungría	13.680	-12,33%	16,66
Croacia	13.664	-1,90%	16,64
Eslovaquia	13.199	1,60%	16,08
Chile	12.755	-5,20%	15,54
Turquía	9.220	-9,37%	11,23
México	6.106	-14,13%	7,44

Elaboración propia. Fuente: Datos Marco.

Presión fiscal

Nota: La *presión fiscal*, también llamada *presión tributaria*, es el total de impuestos que recauda el sector público de un país. Habitualmente viene expresada como los ingresos fiscales respecto al producto interior bruto (PIB), es decir el porcentaje del PIB que los ciudadanos destinan al pago de impuestos. En ese caso la fórmula de la presión fiscal se calcula dividiendo la recaudación fiscal entre el PIB: $PF = RF/PIB \times 100$. Donde: PF (Presión fiscal); RF (Recaudación fiscal, es decir, Ingresos fiscales). La presión fiscal también puede venir expresada como la cifra de ingresos por impuestos del sector público, total o bien por habitante (Per cápita). La presión fiscal Incluye los impuestos directos e indirectos que pagan los particulares y las empresas, es decir, impuestos sobre la renta (IRPF), Sociedades, cotizaciones sociales, IVA... Normalmente la presión fiscal es mayor en los países más desarrollados.

Año 2018; ordenado según porcentaje de presión fiscal sobre el PIB	Ingresos fiscales (M. €)	Ingresos fiscales (Per cápita €)	Presión fiscal (%PIB)	Variación respecto año previo
Francia	1.133.347	16.912	48,2%	0
Bélgica	213.452	18.633	46,4%	0,1
Suecia	206.421	20.384	43,5%	-0,8
Italia	758.629	12.237	42,4%	0,6
Cuba	35.823	3.160	42,3%	-0,1
Grecia	76.387	7.123	41,4%	0,1
Alemania	1.380.268	16.626	41,3%	0,6
Noruega	147.718	27.724	40,2%	1,1
Países Bajos	300.351	17.379	38,8%	0
Portugal	75.472	7.344	37,0%	0,6
Polonia	178.337	4.696	35,9%	1
España	423.153	9.015	35,2%	0,8
Reino Unido	845.278	12.683	34,9%	0
Canadá	416.611	11.771	30,8%	0,3
Japón	1.372.404	10.810	30,6%	0
Argentina	127.733	2.867	28,8%	-1,3
Sudáfrica	87.779	1.537	28,4%	-0,1
Australia	327.286	13.419	27,8%	-0,1
Corea del Sur	364.577	7.089	26,9%	0,7
Estados Unidos	3.409.496	10.703	26,0%	0,6
Irlanda	74.024	15.094	22,8%	-0,2
México	166.905	1.338	16,1%	0

Elaboración propia. Fuente: Datos Marco.

Queda manifiestamente claro, en esta comparativa internacional, con datos correspondientes a 2018 que se muestra en el cuadro anterior, que la **presión fiscal**³³ en España es **significativamente inferior** que la de los países de nuestro entorno y otros de diversos continentes.

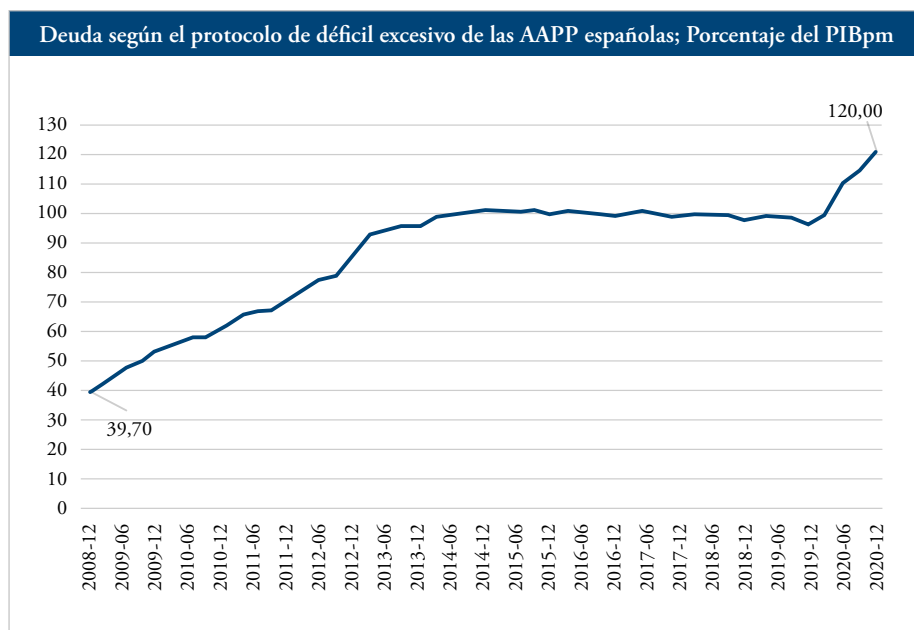
Deuda y Déficit Público

Nota: El Déficit público es una partida que mide la situación económica del estado de un país, mediante la diferencia entre los ingresos y gastos en un año concreto y, normalmente se expresa en términos de porcentaje sobre el producto interior bruto (PIB) de ese mismo año. El déficit público representa la diferencia entre ingresos y gastos en un año concreto. La Deuda pública es el conjunto de deudas o compromisos de pago que el sector público (incluyendo al Estado central, las Comunidades Autónomas, los Ayuntamientos y otros entes locales y la Seguridad Social) tiene con el sector privado, ya sean personas, empresas o instituciones, nacionales o extranjeras. La deuda es la variable a la que se suma o se resta el déficit. El resultado es la deuda pública total.

Países/2020	Déficit (M. €)	Déficit (% PIB)	Deuda total (M. €)	Deuda (% PIB)	Deuda Per Cápita €	Gasto Público (M. €)	Gasto Salud (% G. Público Total)
Japón	-142.814	-3,11	10.800.675	234,86	85.591	1.711.524	23,64
Italia	-156.860	-9,50	2.573.386	155,80	43.078	946.219	13,42
Portugal	-11.501	-5,70	270.492	133,60	26.295	98.088	13,01
España	-123.072	-10,97	1.345.570	120,00	28.428	586.389	15,28
Canadá	-153.544	-10,66	1.696.886	117,84	44.649	755.249	19,33
Francia	-211.469	-9,20	2.650.116	115,70	35.354	1.422.917	15,47
Bélgica	-42.318	-9,40	514.965	114,10	44.694	270.569	15,31
EE.UU.	-1.088.411	-5,69	20.711.588	108,19	63.056	6.830.595	22,55
R. Unido	-319.096	-13,43	2.462.276	103,66	36.736	1.194.176	18,74
Brasil	-167.979	-13,37	1.243.272	98,94	5.916	536.922	10,26
Argentina	-17.736	-4,47	358.052	90,19	7.968	152.150	16,05
India	-290.870	-12,26	2.125.622	89,56	1.556	735.354	3,38
Sudáfrica	-32.422	-12,25	203.998	77,06	3.422	106.168	13,34
Alemania	-139.616	-4,20	2.325.463	69,80	27.620	1.702.572	19,88
Marruecos	-4.371	-4,09	69.667	65,16	1.910	31.789	7,49
México	-43.019	-4,56	571.319	60,59	4.471	274.566	11,05
Irlanda	-18.416	-5,00	218.158	59,50	41.132	104.176	20,04
Polonia	-36.359	-7,00	292.907	57,50	7.717	254.517	10,94
China	-811.943	-6,34	7.307.910	57,05	5.220	4.369.898	9,07
Países Bajos	-33.966	-4,30	434.931	54,50	22.672	384.464	15,30
Tailandia	-20.938	-4,70	221.020	49,64	3.174	112.684	15,03
Irán	-26.370	-5,08	248.493	47,86	2.984	80.599	22,94
Australia	-47.579	-3,83	590.033	47,47	23.093	475.867	17,80
Vietnam	-9.696	-3,29	127.640	43,37	1.323	67.217	9,48
Corea del Sur	5.484	0,37	621.356	42,25	12.016	332.631	13,42
N. Zelanda	-10.451	-5,70	75.819	41,34	14.896	77.810	19,29
Suecia	-14.491	-3,10	196.734	39,90	16.331	249.927	18,69

Países/2020	Déficit (M. €)	Déficit (% PIB)	Deuda total (M. €)	Deuda (% PIB)	Deuda Per Cápita €	Gasto Público (M. €)	Gasto Salud (% G. Público Total)
Suiza	9.283	1,40	244.432	39,22	28.607	213.792	11,02
Turquía	-33.928	-5,38	231.788	36,77	2.754	218.356	9,69
Indonesia	-54.472	-5,87	340.013	36,62	1.258	169.275	8,73
Chile	-15.796	-7,13	72.070	32,54	3.772	64.162	17,73
Rusia	29.226	1,94	208.218	13,80	1.419	511.207	8,78

En el anterior cuadro *se exponen los datos de déficit³⁴ y deuda pública³⁵ de 32 países*, y se ha ordenado la lista de mayor a menor Deuda Pública en % del PIB de cada país, en 2019. **En mayo³⁶ de 2021, la Deuda de las Administraciones Públicas españolas asciende a 1.393.970 Millones €, (el 125,3 % del PIB).** En el último año (de febrero 2020 a febrero 2021) la Deuda Pública *se ha incrementado en 165.256 Millones de euros.*



El anterior gráfico muestra la evolución de la *Deuda Pública³⁷ española con relación al PIB* a precios de mercado, **que expone la rápida evolución muy negativa de la Deuda, desde diciembre 2008 a diciembre 2020.** Fuente: Banco de España. Elaboración propia.

Pobreza y Riesgo de pobreza

Personas en riesgo de pobreza después de transferencias sociales					
	2009	2018		2009	2018
Unión Europea (EU6-1958, EU9-1973, EU10-1981, EU12-1986, EU15-1995, EU25-2004, EU27-2007, EU28-2013, EU27-2020)	16,4	17,1	Francia	12,9	13,4
Bélgica	14,6	16,4	Italia	18,4	20,3
Dinamarca	13,1	12,7	Países Bajos	11,1	13,3
Alemania	15,5	16	Portugal	17,9	17,3
Irlanda	15	14,9	Suecia	14,4	16,4
Grecia	19,7	18,5	Reino Unido	17,3	18,6
España	20,4	21,5	Noruega	11,7	12,9

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En el anterior cuadro puede observarse el % de personas en riesgo de pobreza³⁸, de varios países europeos, **tras recibir las ayudas y transferencias sociales** en 2009 y 2018. En 2018, las transferencias sociales redujeron la tasa de riesgo de pobreza de la población de la EU/27, de un 25% antes de las transferencias a un 17% después de haberlas recibido, lo que resituó a un 8% de la población por encima de dicho umbral de pobreza. Por desgracia, **los datos relativos a España son los peores del grupo expuesto**.

Indicadores comparados de pobreza, precariedad y desigualdad en la Unión Europea 2017-2018								
	Por debajo de la mediana de ingresos (40%)	Tasa de la CAE con el umbral del territorio base de comparación (60%)	Por debajo de la mediana de ingresos (40%)	Tasas propias a cada territorio (60%)	Tasa AROPE (%)	Coefficiente de Gini (%)	Índice S80/S20 (%)	Ingresos totales en el 10% más pobre (%)
C.A. País Vasco	5,1	17,7	5,1	17,7	20,7	26,7	4,1	3,4
UE-28	:	:	6,0	16,9	22,4	30,7	5,1	2,8
Área Euro (18)	:	:	6,0	17,0	22,1	30,4	5,0	2,8
Francia	7,0	21,1	3,1	13,3	17,1	29,3	4,4	3,4
Países Bajos	7,0	21,0	3,6	13,2	17,0	27,1	4,0	3,5
Bélgica	6,6	20,5	3,4	15,9	20,3	26,0	3,8	3,6
Alemania	7,3	22,4	4,4	16,1	19,0	29,1	4,5	3,2
Suecia	7,1	21,8	4,6	15,8	17,7	28,0	4,3	3,2
Reino Unido	4,3	15,4	5,1	17,0	22,0	33,1	5,4	2,8
Italia	3,3	11,4	8,8	20,3	28,9	32,7	5,9	2,0
Portugal	1,1	3,3	7,5	18,3	23,3	33,5	5,7	2,6
España	2,7	9,5	10,5	21,6	26,6	34,1	6,6	1,9
Grecia	0,7	1,9	9,3	20,2	34,8	33,4	6,1	2,2

Elaboración propia. Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.

Encuesta de pobreza y desigualdades sociales y Eurostat.

Nota sobre el cuadro: Las tasas de pobreza y precariedad basadas en los umbrales del territorio base de comparación corresponden a la aplicación de esos umbrales a EUSKADI ajustados en términos de PPC.

En el anterior cuadro se exponen varios datos comparados entre países europeos y datos de España y de Euskadi, relativos a la pobreza³⁹ y precariedad de la ciudadanía. Destaca que los **datos de España en Tasa AROPE y Coeficiente de Gini son peores que el dato promedio europeo**, en cambio esos mismos datos en Euskadi son mejores que los de la media europea.

Notas: *Tasa Arope (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) es un indicador creado por la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, que sirve para medir la pobreza. Una persona está en situación AROPE si cumple al menos uno de los tres siguientes criterios: 1) Está en riesgo de pobreza; 2) Está en privación material severa (PMS); 3) Vive en un hogar con baja intensidad de trabajo (BIT H). Coeficiente de Gini. Es una medida económica que sirve para calcular la desigualdad de ingresos que existe entre los ciudadanos de un territorio, normalmente de un país, y es una de las métricas utilizada para orientarnos respecto a la desigualdad económica. Cuanto mayor es el índice de Gini, mayor es la desigualdad de los ingresos en la población. Es decir, unos pocos cobran más que el resto de la población. Al contrario, cuanto más cercano a cero es el índice de Gini, menor es la desigualdad de los ingresos y, por tanto, menor es la desigualdad económica.*

	Variación del PIB, en %			Inflac media %			Desempleo %			Déficit público, % PIB			Deuda pública, % PIB		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Estados miembros															
España	2	-9,4	7	0,8	0	1	14,1	18,9	17	-2,8	-10,1	-6,7	95,5	115,6	113,7
R. Unido	1,4	-8,3	6	1,8	1,2	2,1	3,8	6,7	6	-2,1	-10,5	-6,7	85,4	102,1	101,5
Italia	0,3	-9,5	6,5	0,6	-0,3	0,7	10	11,8	10,7	-1,6	-11,1	-5,6	134,8	158,9	153,6
Francia	1,3	-8,2	7,4	1,3	0,8	0,9	8,5	10,1	9,7	-3,0	-9,9	-4,0	98,1	116,5	111,9
UE-27	1,5	-7,4	6,1	1,4	0,6	1,3	6,7	9	7,9	-0,6	-8,3	-3,6	79,4	95,1	92
Países Bajos	1,8	-6,8	5	2,7	0,8	1,3	3,4	5,9	5,3	1,7	-6,3	-3,5	48,6	62,1	57,6
UEM	1,2	-7,7	6,3	1,2	0,2	1,1	7,5	9,6	8,6	-0,6	-8,5	3,5	-86,4	102,7	98,8
Grecia	1,9	-9,7	7,9	0,5	-0,6	0,5	17,3	19,9	16,8	1,5	-6,4	-2,1	176,6	196,4	182,6
Portugal	2,2	-6,8	5,8	0,3	-0,2	1,2	6,5	9,7	7,4	0,2	-6,5	-1,8	117,7	131,6	124,4
Alemania	0,6	-6,5	5,9	1,4	0,3	1,4	3,2	4	3,5	1,4	-7,0	-1,5	59,8	75,6	71,8

Elaboración propia. Fuente CES Memoria 2019.

Notas: (1) Inflación media anual en base al índice de precios al consumo armonizado (2005=100) o IPC nacional cuando el primero no está disponible. (2) Déficit público medido como capacidad (+) o necesidad (-) de financiación de las Administraciones públicas en porcentaje del PIB. (3) Cifra de Desempleo: % sobre población activa. (4) Inflación media: tasa interanual. Fuente en la que se basa el CES: Comisión Europea. Previsiones económicas de primavera, mayo de 2020.

Previsiones económicas de la Comisión Europea⁴⁰, ordenadas en el anterior cuadro según la previsión de déficit público en 2021, de mayor a menor, destacando como peor dato el que corresponde a España, cuya deuda pública con relación al PIB, en estos momentos (mayo 2021) supera ya el 125%.

Índice de desarrollo humano (HDI/IDH)					
Rango HDI	País	1990	2000	2010	2018
1	Noruega	0,850	0,917	0,942	0,954
2	Suiza	0,832	0,889	0,932	0,946
3	Irlanda	0,764	0,857	0,890	0,942
4	Alemania	0,801	0,869	0,920	0,939
4	Hong Kong, China (SAR)	0,781	0,827	0,901	0,939
6	Australia	0,866	0,898	0,926	0,938
8	Suecia	0,816	0,897	0,906	0,937
10	Países Bajos	0,830	0,876	0,911	0,933
13	Canadá	0,850	0,868	0,895	0,922
14	Nueva Zelanda	0,820	0,870	0,899	0,921
15	Reino Unido	0,775	0,867	0,905	0,920
15	Estados Unidos	0,860	0,881	0,911	0,920
17	Bélgica	0,806	0,873	0,903	0,919
19	Japón	0,816	0,855	0,885	0,915
20	Austria	0,795	0,838	0,895	0,914
22	Israel	0,792	0,853	0,887	0,906
22	República de Corea	0,728	0,817	0,882	0,906
25	España	0,754	0,825	0,865	0,893
26	Francia	0,780	0,842	0,872	0,891
29	Italia	0,769	0,830	0,871	0,883
32	Grecia	0,753	0,796	0,857	0,872
40	Portugal	0,711	0,785	0,822	0,850
42	Chile	0,703	0,753	0,800	0,847
48	Argentina	0,707	0,770	0,818	0,830
49	Federación Rusa	0,734	0,721	0,780	0,824

Elaboración propia. Fuente PNUD.

En este cuadro se exponen **datos comparados del IDH⁴¹** de varios países. Podemos ver cómo, a pesar de que los datos de España han ido mejorando y creciendo, ***en 2018 España ocupaba el puesto 25 del mundo del indicador IDH cuando, por su nivel de riqueza ocupaba el 15 puesto del mundo.***

Nota: Índice de Desarrollo Humano (IDH). El IDH es un indicador nacido de la mano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y se basa en el estudio de variables similares para cada rincón del mundo, como son la esperanza de vida, el nivel de educación medio por habitante y el PIB per cápita de cada país. Este índice busca aportar luz al nivel de vida que experimenta cada lugar del mundo y es realizado desde 1990 por la ONU. Se expresa como un valor entre 0 y 1, siendo 1 la máxima calificación y 0 la mínima.

Protección Social

Indicadores de gasto en protección social									
	Gasto en protección social					Gasto en prestaciones en la función Vejez		Gasto en la función Enfermedad/Atención	
	Total	Por habitante		Porcentaje del PIB		Total	Por habitante de 65 años o más	Total	Por habitante
	(millones euros)	(euros)	PPC (1)	%	PPC (1)	(millones euros)	PPC (1)	(millones euros)	PPC (1)
UE-27	3.765.742	8.435	8.709	27,9	100	1.451.849	16.698	1.054.610	2.439
Alemania	995.168	12.004	11.602	29,6	106	307.808	16.717	337.198	3.931
Bélgica	132.328	11.580	10.234	28,7	103	50.807	20.904	33.956	2.626
España	283.207	6.052	6.457	23,5	84	117.880	13.924	74.243	1.693
Francia	795.962	11.886	11.093	33,7	121	300.518	21.041	213.076	2.970
Grecia	45.446	4.234	5.193	25,3	91	24.513	12.783	8.731	998
Italia	510.857	8.455	8.357	28,8	103	241.837	17.431	113.639	1.859
Países Bajos	223.400	12.965	11.305	28,9	104	80.066	21.308	72.064	3.647
Portugal	49.256	4.790	5.680	24,0	86	23.742	12.632	12.396	1.429
Suecia	133.001	13.071	10.125	28,3	101	57.367	21.987	35.141	2.675
País Vasco	18.470	8.456	9.022	24,0	86	8.123	17.942	4.740	2.315

Elaboración propia. Fuente EUSTAT y EUROSTAT.

En el anterior cuadro se exponen los datos comparativos sobre protección social⁴² de varios países europeos, así como el promedio que representa la UE-27, junto con los resultados de España y de la CC. AA. del País Vasco. **España gasta 4,4 puntos menos de su PIB en protección social que el promedio de la UE-27** y Euskadi 3,9 puntos menos que la UE, aunque en euros por habitante el gasto de Euskadi es equivalente al promedio de la UE, no así el gasto de España, que es de 2.383 euros menos, por habitante, que la media.

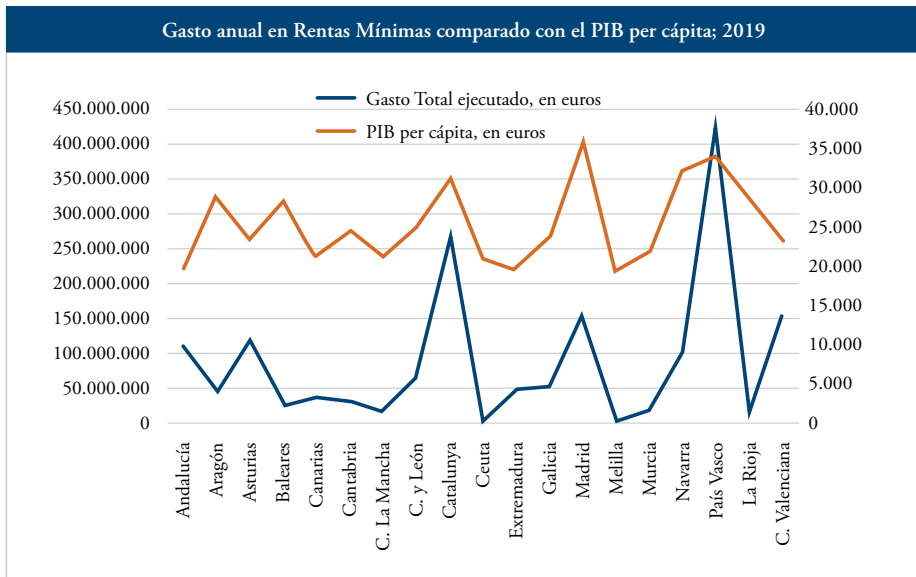
Nota: La protección social abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso.

Protección Social en España. Breve análisis

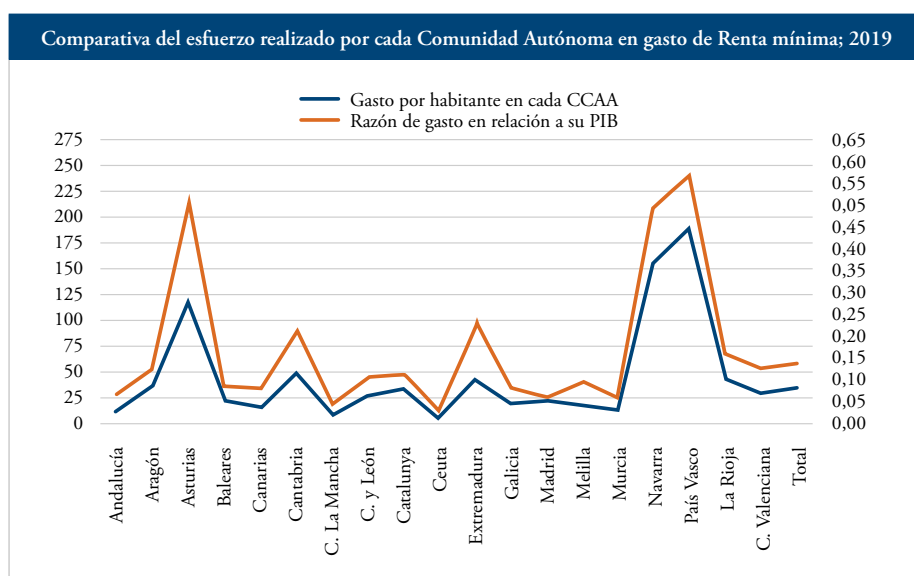
1. Rentas mínimas de Inserción

En primer lugar, se exponen los datos disponibles más recientes (INE⁴³, INE⁴⁴ y Ministerio de Sanidad⁴⁵, año 2019) de las **Rentas mínimas de Inserción de las CC. AA. españolas**:

Gasto anual en las Rentas mínimas de Inserción/ año 2019								
	Cuantía Básica	Gasto Total ejecutado, en euros	Titulares	Perceptores	Gasto anual por titular de prestación	Gasto anual por perceptores	PIBpm 2019 en millones de euros	PIB per cápita, en euros
Andalucía	419,52	107.673.708,50	22.318	75.539	4.824,52	1.425,41	165.865,51	19.633
Aragón	491,00	46.762.407,20	9.401	31.520	4.974,20	1.483,58	38.043,57	28.727
Asturias	448,90	120.746.225,06	21.884	34.758	5.517,56	3.473,91	23.765,25	23.299
Baleares	457,31	27.583.346,45	10.449	26.428	2.639,81	1.043,72	33.799,77	28.213
Canarias	486,90	36.352.028,09	9.973	17.317	3.663,09	2.109,60	47.164,17	21.244
Cantabria	430,27	30.044.005,20	7.052	12.849	4.260,35	2.338,24	14.187,41	24.383
C. La Mancha	546,00	17.751.609,46	4.132	10.246	4.296,13	1.732,54	42.820,11	21.004
C. y León	430,27	64.089.039,00	13.069	30.007	4.903,90	2.135,80	59.794,93	24.886
Catalunya	644,00	267.530.528,00	32.166	108.001	8.317,18	2.477,11	236.813,93	31.119
Ceuta	300,00	485.672,06	179	640	2.713,25	758,86	1.765,62	20.903
Extremadura	537,84	47.434.000,00	7.991	20.136	5.935,93	2.355,68	20.677,01	19.454
Galicia	403,00	53.391.538,62	13.600	27.538	3.925,85	1.938,83	64.429,88	23.873
Madrid	400,00	155.296.179,88	28.643	91.076	5.421,78	1.705,13	240.129,96	35.913
Melilla	458,64	1.589.803,67	510	1.875	3.117,26	847,90	1.621,44	19.211
Murcia	430,27	18.469.818,36	6.355	15.479	2.906,34	1.193,22	32.356,06	21.642
Navarra	623,63	103.087.441,69	15.712	35.899	6.561,06	2.871,60	20.973,35	32.141
País Vasco	667,05	422.486.652,00	66.508	111.318	6.352,42	3.795,31	74.495,92	34.142
La Rioja	430,27	13.913.250,49	3.070	3.070	4.532,00	4.532,00	8.867,07	28.200
C. Valenciana	630,00	151.391.671,11	24.108	38.016	6.279,73	3.982,31	116.015,34	23.206
Total		1.686.258.924,84	291.771	691.712	5.779,39	2.437,80	1.244.772,00	26.426



En el cuadro se muestran los datos de cuantía, titulares y perceptores, y cantidad gastada por cada CC. AA., además de su PIBpm. En el gráfico se muestran dos líneas comparadas en dos ejes: a la izquierda, en azul, el eje del gasto total efectuado por las CC. AA.; a la derecha, en naranja el PIB per cápita de las CC. AA.. Las líneas de cada color comparan ambos parámetros. **Dos ejemplos para analizar:** la CC. AA. de Madrid, con el más elevado PIB, pero con un bajo gasto en Renta mínima; y País vasco, con elevado PIB y la CC. AA. que ejecuta el mayor gasto en Renta mínima (que en *Euskadi* se denomina RGI⁴⁶).



Siguiendo con este asunto, en este anterior gráfico se comparan, también en dos ejes, el gasto ejecutado en Renta mínima de Inserción con relación al número de habitantes de cada CC. AA. (eje de color azul, a la izquierda), y la razón de gasto (de cada CC. AA. por habitante) en relación con el PIB de cada CC. AA. (eje de color naranja, a la derecha). Comparando algunas CC. AA., y siguiendo con el ejemplo anterior: la CC. AA. de Madrid es de las que menos gasta en este concepto y está por debajo de la media nacional, además el concepto “razón de gasto con relación a su PIB” también es de las más bajas de España y también está por debajo de la media nacional. Por otra parte, y en sentido contrario, el *País Vasco* es la CC. AA. que obtiene mejores resultados en ambos parámetros, muy por encima de la media nacional.

También es destacable el esfuerzo realizado en este concepto por otras CC. AA., como son Navarra, Asturias, Cantabria, Extremadura, la Rioja y C. Valenciana.

2. Los programas de rentas mínimas en España

Estudio; AIREF⁴⁷ (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal).

Este estudio analiza la Iniciativa Legislativa Popular (ILP: “Proposición de ley de iniciativa legislativa popular para el establecimiento de una prestación de ingresos mínimos

en el ámbito de protección de la Seguridad Social) que, en febrero de 2017 y a propuesta de UGT y CCOO⁴⁸, tomó en consideración el Parlamento de España para establecer una prestación de ingresos mínimos. La evaluación de la ILP se ha realizado teniendo en cuenta que su objetivo principal es reducir la pobreza severa, lo que ha permitido identificar algunas debilidades en su diseño desde el punto de vista de su eficacia, institucionalidad y eficiencia.

En sus **conclusiones de la evaluación**, la AIReF realiza propuestas encaminadas a solventar los problemas de diseño detectados. En primer lugar, **para mejorar la eficacia de la prestación se propone**: 1. Establecer como requisito principal para el acceso a la prestación la renta del hogar, estableciendo tramos de renta por hogar para los hogares pobres, pero focalizando la ayuda en la pobreza severa. 2. Eliminar los requisitos relativos a la situación laboral de los potenciales beneficiarios. 3. Hacer la prestación compatible con el empleo. 4. Evitar discontinuidades en la cuantía de la prestación, alcanzando un equilibrio entre la equidad y la sencillez en el diseño. Las propuestas sobre el diseño institucional se orientan a mejorar la coordinación y transparencia de las políticas públicas: 5. Simplificar el sistema de rentas mínimas, evitando el solapamiento entre las prestaciones de diferentes administraciones. 6. Asegurar la complementariedad con otras políticas activas de empleo y la prestación de servicios sociales complementarios. 7. El establecimiento de una ventanilla única a través de los trabajadores sociales de las corporaciones locales. 8. Implementar un sistema integrado de información de servicios sociales y conectado al Sistema de Información de Empleo (SISPE). 9. Establecer como requisito la inscripción en la Agencia Tributaria para agilizar trámites y reducir riesgo de fraude. **Para asegurar la eficiencia y coherencia con la situación fiscal de España**, la AIReF propone: 10. Encuadrar su puesta en marcha en un plan presupuestario a medio plazo que permita compensar el incremento estructural de gasto. 11. Asegurar el seguimiento y evaluación continua del programa para asegurar su eficacia y eficiencia.

Indicador	Antes	Después	Variación
Índice de Gini	0,34	0,33	-4,20%
Relación P90/P10	5,27	4,77	9,60%
Relación P50/P10	2,56	2,34	8,80%
Tasa pobreza (60% mediana)	21,61%	19,00%	-12,10%
Personas bajo umbral de pobreza (60% mediana)	9.853.640	8.651.459	-12,20%
Distancia media umbral pobreza (60% mediana)	3.193 €	2.864 €	-10,30%
Tasa pobreza severa (30% mediana)	6,87%	4,97%	-27,60%
Personas bajo umbral de pobreza (30% mediana)	3.065.615	2.193.494	-28,40%
Distancia media umbral pobreza (30% mediana)	1.794 €	1.840 €	2,60%

Elaboración propia. Fuente AIReF/ Efectos de la introducción de la ILP.

En el cuadro anterior se muestra un resumen de los supuestos efectos analizados por la AIReF que se deberían producir tras la aplicación de la ILP, aunque la mejora que muestra no es tan significativa como lo esperado. La AIReF destaca que **“desde el punto de vista de la eficacia, la ILP permite reducir un 27,6% la tasa de pobreza extrema”**.

3. Breve relato de la respuesta de protección dada en España durante este periodo de crisis pandémica

Monitor de impacto de la COVID-19 sobre los Servicios Sociales. El objetivo de la investigación consiste en analizar cómo están respondiendo ante la crisis de la pandemia los servicios de trabajo social correspondientes a cerca de 60 localidades de seis comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León, País Vasco y Madrid), mediante entrevista telefónica con la persona coordinadora del centro de servicios sociales. El trabajo y su desarrollo lo están realizando investigadoras de 5 Universidades españolas (Complutense de Madrid, de las Islas Baleares, UPV de Euskadi; de Salamanca; de Zaragoza).

Se ha estudiado el alcance de la crisis desde que se decretó el estado de alarma hasta septiembre de 2020 (y eso fue plasmado en el primer informe). Posteriormente se han publicado otros dos informes⁴⁹, el último a finales de abril de 2021. Seguirán investigando y publicando hasta, por lo menos, septiembre 2021.

Dentro del 1er informe se dice: “...*Los Servicios Sociales son la red de seguridad para la ciudadanía más vulnerable y representan la primera línea del sistema de bienestar. Son fundamentales, afectan a la función de cuidado en todas las capas sociales y ayudan a construir comunidades saludables... La irrupción de un nuevo perfil de persona usuaria. La pandemia ha evidenciado -como ya lo hizo la crisis económica- la irrupción de nuevos perfiles en servicios sociales con demandas de carácter económico... (se) identifica un perfil dedicado principalmente al sector servicios o con empleos en la economía sumergida. El reto que tienen por delante los servicios sociales y la sociedad en general es evitar que una situación de vulnerabilidad coyuntural pase a cronificarse...*”.

Respecto al **Ingreso mínimo vital**, en las respuestas a la encuesta se responde: “... *El Ingreso Mínimo Vital (IMV), una prestación económica dirigida a dotar de ingresos mínimos a quienes carecen de ellos; fue aprobado por el Real Decreto Ley de 20/2020, de 29 de mayo. La valoración de esta prestación de carácter no contributivo desde los Servicios Sociales no resulta sencilla, en primer lugar, porque su desarrollo ha sido muy breve, apenas unos meses y, en segundo lugar, porque es la Seguridad Social, y no los propios Servicios Sociales, el órgano responsable de su gestión... (se) exterioriza un evidente desencanto respecto a la forma en la que se está gestionando la prestación y sobre los efectos indirectos que este proceso implica en los propios Servicios Sociales... Existe una queja unánime sobre la falta de coordinación institucional con el Sistema de Seguridad Social, coordinación imprescindible para el buen funcionamiento de los servicios públicos en su conjunto...*”.

4. El sistema de protección social en España 2018. Cuadernos⁵⁰ de información Sindical 58-2019; CCOO

“... *los primeros pasos dados en la etapa de recuperación económica (informe elaborado antes de la crisis de la COVID-19) no han sido capaces de romper la tendencia iniciada en la crisis, dejando como huella un crecimiento de la desigualdad, y la puesta en cuestión de derechos sociales y laborales que hasta hace poco se pensaban consolidados. La crisis y sus efectos han evidenciado la fragilidad de las bases sobre las que está asentado nuestro modelo productivo y nuestro Estado de bienestar, siendo este tan relevante como susceptible de mejora, así como la*

importancia que tienen los instrumentos públicos de protección social para quienes más sufren las consecuencias de la actual situación... el incremento de las desigualdades actúa como un disolvente social que tensa las relaciones en todos los planos de la acción pública...”

5. Sobre exclusión y desarrollo social en España. 2019, VIII Informe⁵¹. Fundación FOESSA

“... desde el inicio de la crisis de 2007 hasta hoy hemos observado e investigado a través de nuestros informes de coyuntura cómo ha ido evolucionando el eje integración–exclusión en nuestra sociedad. Hemos seguido sus elementos estructurales y llamado la atención sobre la fragmentación social sobre la base de un debilitamiento de los derechos sociales... en un contexto donde no se han creado nuevas políticas públicas que hayan impactado en la reducción de la exclusión social de una forma importante y suficiente. Donde se ha dejado al albur del mercado de trabajo y la resistencia de las familias, principalmente, los mecanismos para la inclusión. La contienda política subyacente, donde diversos ciclos electorales se han desarrollado de forma convulsa y con escasa capacidad para el diálogo, ha desplazado la cuestión social a los márgenes del debate... Hoy, en 2019, ya no vivimos un momento similar a la precrisis. Vivimos en un momento de clara mutación social. Un cambio sin precedentes en el camino que parecía seguir nuestra sociedad desde el último cuarto del siglo pasado. Un tiempo donde las brechas que se están produciendo, como la desigualdad, la debilidad de los sistemas de gobernanza globales, la erosión de las instituciones públicas, la gestión insolidaria de las crisis, el ascenso de los particularismos y las actitudes reactivas y xenófobas que consolidan el individualismo posesivo, están hipotecando nuestro futuro. Cambios a escala planetaria que alcanzan los aspectos más esenciales de nuestro ser...”

Deuda Privada

Nota: La deuda privada de un país es la suma de todas las deudas que mantienen la totalidad de empresas, familias y entidades financieras que residen en ese país, independientemente de con quien tenga la deuda, si es con inversores nacionales o extranjeros.

La **deuda de empresas y hogares** alcanzó el 143,2 % del PIB en el tercer trimestre de 2020 frente al 131,3% de un año antes, siendo de **1,650 (Billones de euros)** (Cuentas Financieras de la Economía Española; Banco de España).

Deuda privada en España	Noviembre 2020	Deuda privada en España	Noviembre 2020
Empresas	945.509	Hogares	704.600

Elaboración propia. Fuente Banco de España, en millones de euros.

Teniendo en cuenta que el PIB de España a precios de mercado de 2020 ha sido de 1.119.976 (millones €) y que ha sufrido una merma del 10% respecto al de 2019, que fue de 1.244.772 (millones €), el dato de la deuda no pública puede incrementarse más, una vez se disponga del dato consolidado de 2020.

Con los últimos datos⁵² publicados por el Banco de España, **la deuda total de la economía (pública y privada) en noviembre de 2020** ascendía a **2,963 billones de euros**. Esta es una realidad ineludible, que va a marcar nuestro futuro como país.

Cierre de este apartado

Nota para finalizar: abril de 2020, algunas de las conclusiones del *Observatorio Social de La Caixa*⁵³ sobre los efectos redistributivos de las prestaciones sociales y los impuestos:

“... España es uno de los países de la Unión Europea con una mayor desigualdad en la distribución de la renta de los hogares. Una de las principales razones es la menor capacidad redistributiva del sistema de impuestos y prestaciones, es decir, la menor capacidad de las políticas públicas para reducir la desigualdad ... El gasto sanitario en España tiene un efecto claramente redistributivo, que ha aumentado, además, en las últimas décadas, aunque en la crisis los recortes introducidos en algunas partidas hicieron que disminuyera su progresividad...”.

A lo largo de este capítulo se han dado unas pinceladas que pretenden abordar la realidad socioeconómica de España frente a los países de nuestro entorno, con el objetivo de analizar todas las posibilidades que un buen hacer económico podrían implementarse en nuestro país para lograr unas sensibles mejoras en la calidad de vida de la ciudadanía, y en el apoyo necesario para los más desfavorecidos.

Conclusiones

Hemos plasmado datos comparados sobre PIB, precios, salarios, presión fiscal, deuda, pobreza, protección social y deuda privada, y *España presenta unos resultados deficientes en todos los apartados*. El origen fundamental del problema está en una baja presión fiscal y una recaudación de impuestos muy por debajo de las necesidades de gasto e inversión que tiene nuestro país.

Nuestro país (todos los países) necesita proyectar su futuro. Y todos (países y ciudadanía) desean lo mejor para su futuro. Parece una obviedad, pero en muchos momentos de la historia reciente esto no parece haber quedado claro en todo momento. La reciente crisis económica mundial de 2008 es un buen (y triste) ejemplo, que significó el empobrecimiento de muchas personas, un gran incremento del desempleo, peores condiciones generales de vida, y un gran adelgazamiento de los servicios públicos, *que se ha venido arrastrando hasta la actualidad*. Apenas se vislumbraba una leve mejoría en las condiciones del empleo y de la inversión pública, cuando nos alcanzó el maremoto de la COVID.

En la crisis de 2008, *en España* (y en otros países) *se apostó claramente* por no dejar quebrar a los bancos y cajas de ahorro y para que las grandes multinacionales pudieran seguir con su negocio expansivo y totalmente deslocalizado, permitiéndoles además la elusión fiscal basada en la llamada “ingeniería fiscal y financiera”, y en la posibilidad de que pudieran tributar en los llamados “paraísos fiscales”... y mientras tanto, el país se vio “obligado” a adelgazar algunas de sus cuentas fundamentales (vitales) para la ciudadanía: la cuenta de la sanidad, la cuenta de la educación, la cuenta de las pensiones, la cuenta del tercer sector y servicios sociales, etc. El resultado lo hemos visto en varias pinceladas sobre los principales “números” de la economía española: poca recaudación de impuestos en comparación con los países vecinos, bajo gasto e inversión en lo público... Es imprescindible revertir esta situación.

Capítulo 3.

¿Cómo es el sistema sanitario en España y en Euskadi?

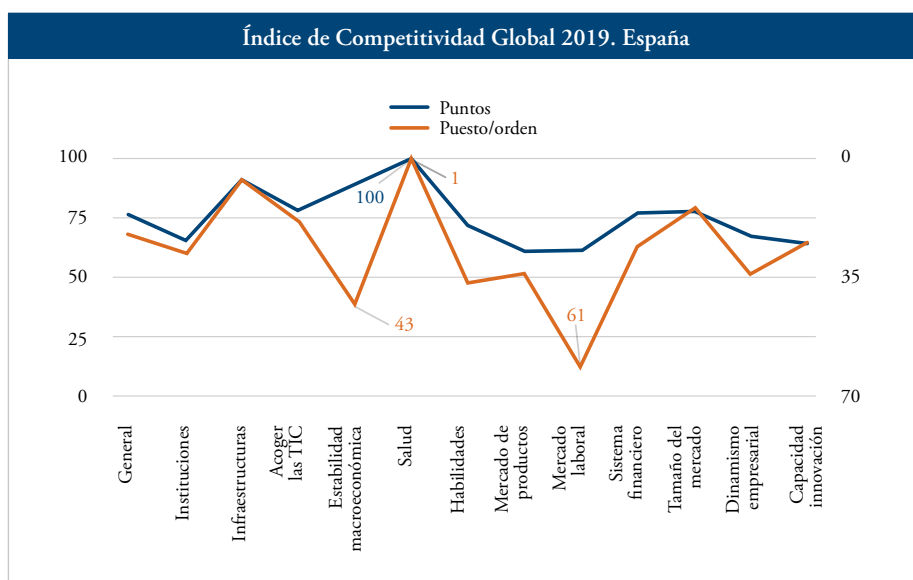
El sistema nacional de salud (SNS) desde 1986, fecha de publicación de la Ley General de Sanidad, está compuesto por un conjunto de medios y de prestaciones sanitarias. Este sistema está inspirado en el *Nacional Health System* (británico), y el objetivo es el de proporcionar aseguramiento sanitario público a todos los habitantes del territorio español.

El “Informe⁵⁴ del sistema sanitario 2018”, editado por el Ministerio de Sanidad, dice: *“El sistema sanitario español se caracteriza por tres subsistemas legales que coexisten: el sistema sanitario nacional universal (Sistema Nacional de Salud, SNS); las mutualidades de funcionarios civiles, miembros de las Fuerzas Armadas y el Poder Judicial (MUFACE, ISFAS y MUGEJU); y las mutuas centradas en la asistencia en casos de accidente y enfermedad profesionales, denominadas “Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social”. “El SNS es un sistema nacional de salud basado en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera, y financiado principalmente mediante impuestos. Está organizado en dos niveles –nacional y regional– que reflejan la división administrativa del país. Las competencias sanitarias se encuentran transferidas a las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.), quedando la escala nacional a cargo, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, de determinados ámbitos estratégicos, así como de la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario”.*

1. El Informe “The global competitiveness report 2019”

Elaborado por World Economic Forum⁵⁵, respecto a España valora que es el país con *la mejor sanidad del mundo* (compartido con Singapur, Hong Kong y Japón). También concluye que España junto a Singapur y Japón tiene la *mayor esperanza de vida saludable del planeta* (Singapur 74,2 Japón 73,1 y *España 72,4 años*). A continuación, se exponen los principales datos:

Índice de Competitividad Global. Resumen de rendimiento. Edición 2019			
	Puntos	Puesto/orden	Conceptos
Puntuación general	75	23	general
Habilitando el medioambiente	65	28	instituciones
	90	7	infraestructura
	78	19	acoger las TIC
	90	43	estabilidad macroeconómica
	100	1	salud
Capital humano	72	37	habilidades
Mercados	61	34	mercado de productos
	61	61	mercado laboral
	77	26	sistema financiero
	77	15	tamaño del mercado
	67	34	dinamismo
Ecosistema de innovación	64	25	capacidad de innovación



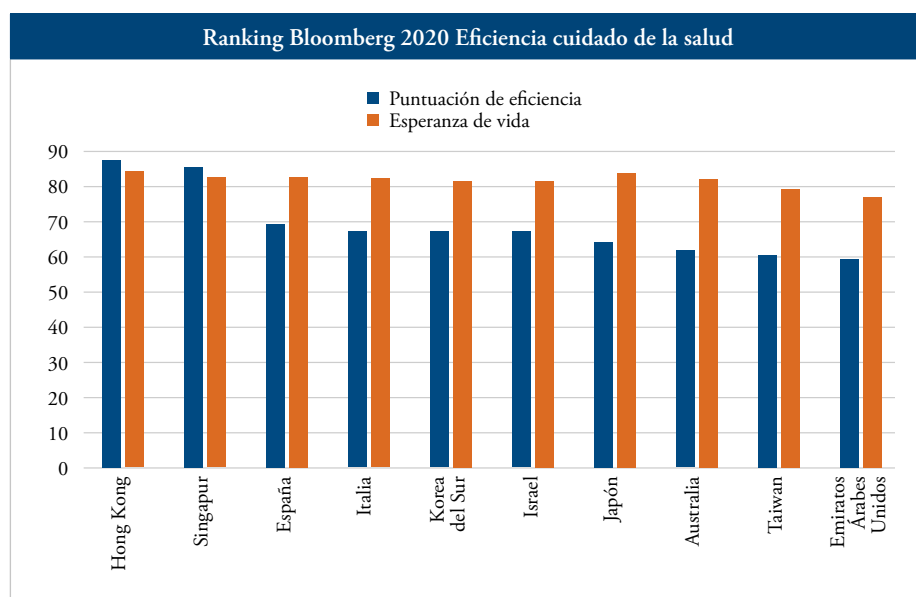
Puede comprobarse (gráfico anterior) que en el resto de los índices España obtiene malas clasificaciones.

2. Bloomberg health care efficiency

Siguiendo en esta misma línea, el informe de 2020⁵⁶ (así como en el de diversos años anteriores), el sistema sanitario español ocupa el tercer puesto en el Ranking que Blomberg

ha creado y que cada año actualiza. *Dicho índice mide la eficiencia de los sistemas sanitarios bajo 3 parámetros: esperanza de vida, gasto en salud per cápita y peso relativo del gasto sanitario sobre el PIB de los países que aparecen en el ranking.* Se exponen los principales datos:

Nº de Orden	Nº de Orden hace 1 año	País	Puntuación de eficiencia	Esperanza de vida	Coste relativo %	Coste absoluto \$
1	1	Hong Kong	87,3	84,3	5,7	2.222
2	2	Singapur	85,6	82,7	4,3	2.280
3	3	España	69,3	82,8	9,2	2.354
4	6	Italia	67,6	82,5	9,0	2.700
5	4	Corea del Sur	67,4	82,0	7,4	2.013
6	7	Israel	67,0	82,0	7,4	2.756
7	5	Japón	64,3	83,8	10,9	3.733
8	10	Australia	62,0	82,4	9,4	4.934
9	12	Taiwan	60,8	79,7	6,2	1.401
10	9	Emiratos Árabes Unidos	59,7	77,1	3,5	1.402



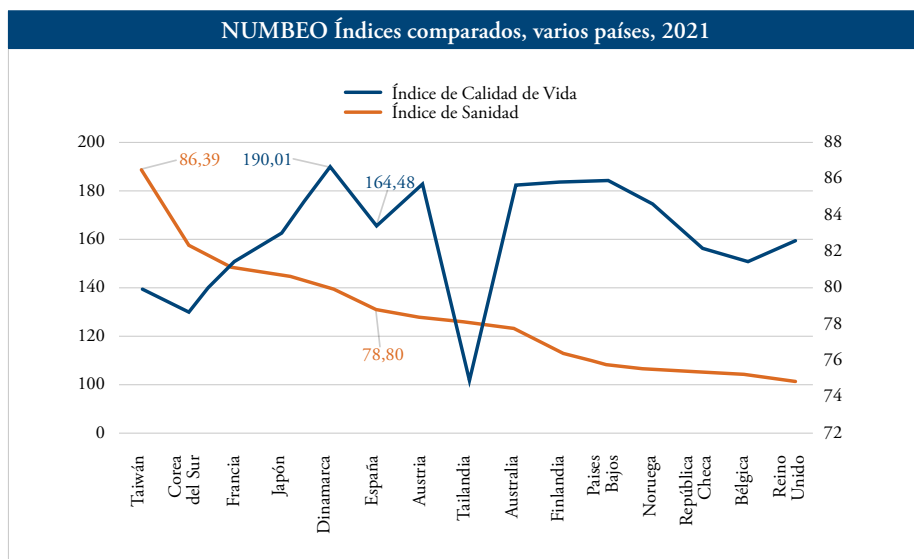
3. NUMBEO⁵⁷

Es la base de datos colaborativa sobre países más grande del mundo, y proporciona **información** precisa y actualizada *sobre las condiciones de vida de todo el planeta*, incluyendo coste de vida, indicadores de vivienda, sanidad, tráfico, criminalidad y contaminación.

País	Índice de Calidad de Vida	Índice de Poder Adquisitivo	Índice de Seguridad	Índice de Sanidad	Índice de Costo de Vida	Relación Precio/ Ingresos para Propiedades	Índice de Tiempo de Desplazamiento en Tráfico	Índice de Contaminación	Índice de Clima
Taiwán	138,82	56,08	84,76	86,39	65,25	23,63	31,28	62,92	81,60
Corea del Sur	130,02	76,60	73,14	82,34	81,20	23,63	39,88	61,85	68,39
Francia	150,73	74,06	50,80	80,99	80,62	13,48	34,53	41,79	89,94
Japón	162,32	76,53	78,05	80,68	87,77	13,04	39,85	39,40	85,27
Dinamarca	190,01	94,73	73,28	79,96	91,67	6,66	28,69	20,40	81,80
España	164,48	62,68	66,87	78,80	59,09	9,59	29,38	39,62	93,18
Austria	182,37	78,23	74,77	78,40	75,49	10,40	25,68	19,20	77,79
Tailandia	100,29	31,36	60,62	78,08	49,32	22,16	39,19	75,39	69,45
Australia	181,52	99,29	57,56	77,71	84,14	7,38	35,04	23,48	92,70
Finlandia	182,79	89,05	72,99	76,40	77,46	8,64	28,96	11,86	56,64
Países Bajos	183,31	83,89	72,78	75,76	78,64	7,35	27,81	25,28	87,11
Noruega	173,57	79,43	66,65	75,50	106,09	8,49	26,87	18,14	68,68
República Checa	156,33	56,40	74,69	75,37	49,18	15,46	29,72	36,30	77,13
Bélgica	150,89	76,54	55,83	75,20	78,52	6,91	36,24	50,27	86,03
Reino Unido	158,99	82,56	54,74	74,93	71,03	9,57	34,44	40,25	88,04
Suiza	190,82	110,96	78,65	74,47	131,75	8,42	28,73	20,09	80,05
Alemania	176,76	93,72	64,58	73,77	70,62	9,12	31,36	27,48	82,97
Israel	144,14	70,36	68,79	73,76	86,63	13,68	35,76	58,42	93,78
Nueva Zelanda	175,77	81,44	57,74	73,58	79,14	8,09	30,70	23,81	96,35

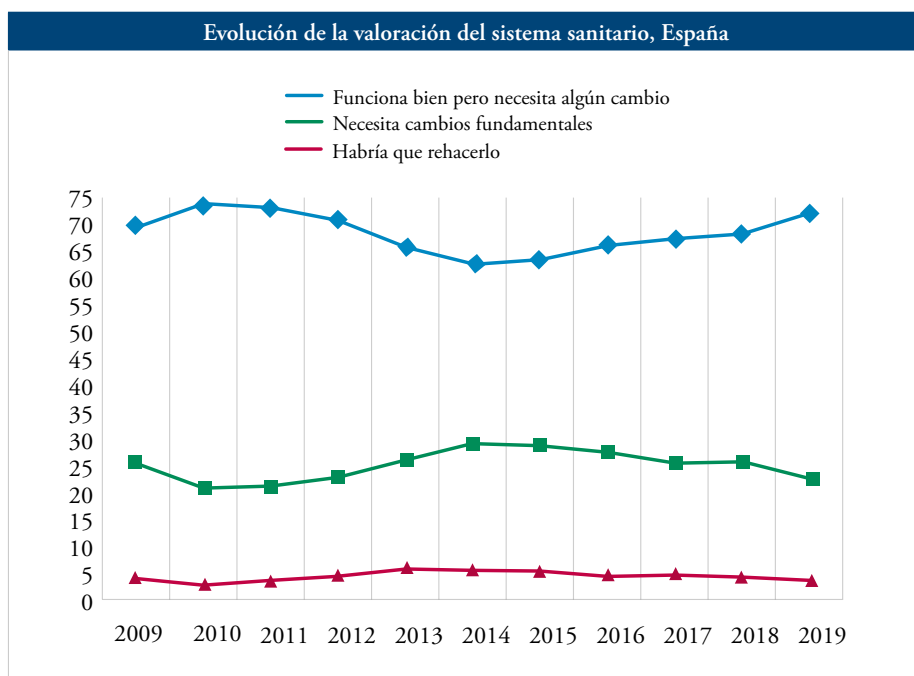
Nota, según NUMBEO: *El índice de atención sanitaria es una estimación de la calidad general del sistema de atención sanitaria, los profesionales de la salud, el equipo, el personal, los médicos, el coste, etc. El Índice de Calidad de Vida (cuanto más alto mejor) es una estimación de la calidad de vida general utilizando una fórmula que tiene en cuenta el índice de poder adquisitivo (más alto mejor), índice de contaminación (más bajo mejor), la relación precio/ingresos de las casas (más bajo mejor), el índice de coste de vida (más bajo mejor), el índice de seguridad (más alto mejor), el índice de sanidad (más alto mejor), el índice de tiempo de desplazamiento en tráfico (más bajo mejor) y el índice de clima (más alto mejor).*

Según NUMBEO, la **Sanidad española está en 6º lugar** (se comparan 93 países). En el índice comparado de **Calidad de Vida, España ocupa el puesto 16** (lista de 83 países). En el cuadro aparecen en 1er lugar Taiwán (sanidad) y Dinamarca (calidad de vida).

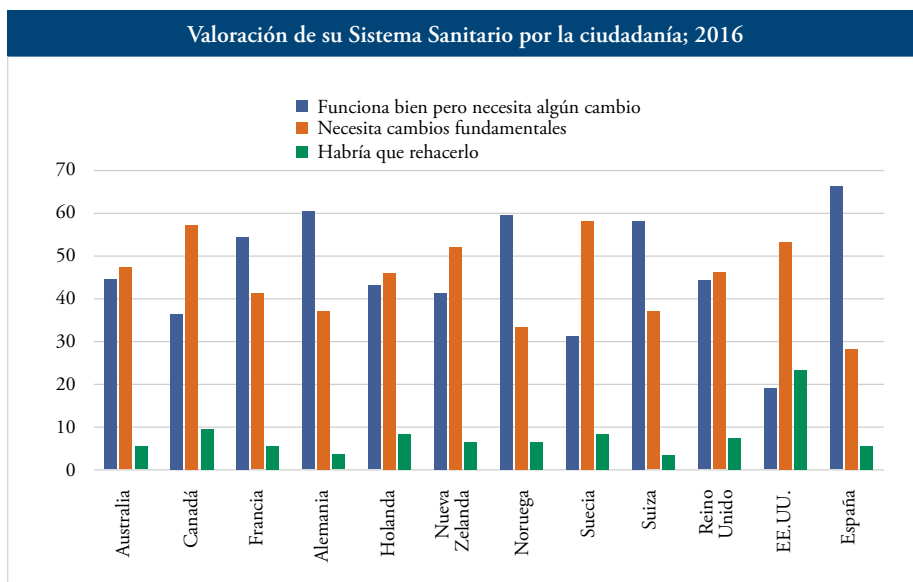


4. Opinión de la ciudadanía

El Barómetro⁵⁸ Sanitario 2019. El Barómetro está diseñado para conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos. Resultados principales:



- *La valoración de las personas que utilizaron los servicios sanitarios públicos durante 2019 es positiva. En Atención Primaria, nueve de cada diez usuarios de sus servicios (87,2%) durante 2019 consideran que la atención recibida fue buena o muy buena.*
- *En las consultas de Especialistas, el 84,4% de los pacientes manifiesta que la atención prestada fue buena o muy buena.*
- *El 91,3% de las personas que habían sido ingresadas en un Hospital Público manifiestan que la atención que recibieron fue muy buena o buena.*
- *El 79% de las personas que utilizaron los diferentes Servicios de Urgencias del SNS manifiestan que fueron atendidos muy bien o bien y solamente un 5,5% se consideran mal o muy mal atendidas.*
- *La solicitud de cita para una consulta en Atención Primaria: el 48,4% obtuvieron cita para el mismo día o el día siguiente o el día que deseaban.*
- *La percepción sobre la evolución de las listas de espera es mejorable, como viene ocurriendo en anteriores ediciones: el 47% piensa que las listas de espera siguen igual, el 24% que han empeorado y un 8% piensa que han mejorado.*
- *Sobre la coordinación asistencial, el 48,9% piensa que la coordinación y comunicación entre diferentes niveles asistenciales es buena o muy buena, un 20,9% refiere que es regular y un 11,3% piensa es mala o muy mala.*
- *La satisfacción global con el sistema sanitario público se ha calificado con 6,74 puntos sobre 10. Se trata de la cifra más alta en la serie disponible (2002-2019) de este indicador, que se ha venido moviendo en un rango entre 5,94 y 6,68 puntos.*
- *Las consultas de Atención Primaria en los centros de salud son valoradas por el conjunto de los ciudadanos con 7,29 puntos sobre 10. Respecto a las consultas de médicos especialistas, son puntuadas con 6,83 puntos. La opinión sobre el ingreso y asistencia en los hospitales públicos merece globalmente 7,13 puntos; y los servicios de urgencias se valoran: con 6,06 puntos las urgencias de hospitales, con 7,35 las urgencias de 061 y 112 y con 6,66 las urgencias de atención primaria.*



En ambos gráficos anteriores se plasman las valoraciones de la ciudadanía respecto a sus respectivos sistemas sanitarios, con datos extraídos del Barómetro⁵⁹ Sanitario 2019. *España obtiene la mejor valoración.*

5. Algunas críticas respecto a nuestro sistema sanitario

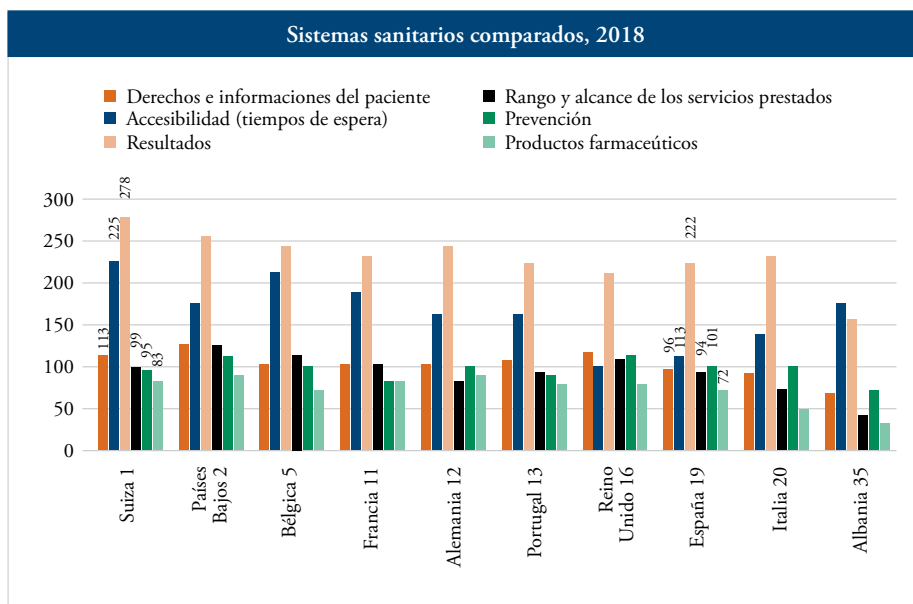
Por el contrario, se incluyen Dice Amnistía Internacional⁶⁰, en “LA RECETA EQUIVOCADA”, El impacto de las Medidas de Austeridad en el Derecho a la Salud en España; Amnistía Internacional: 2018. De su Resumen Ejecutivo destacamos lo siguiente: “... El impacto regresivo de las medidas de austeridad, combinado con la forma en que estas medidas se desarrollaron y aplicaron, lleva a Amnistía Internacional a concluir que España ha violado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental... Las medidas de austeridad suelen implicar reducciones del gasto público y cambios estructurales en los sistemas de prestaciones sociales para ahorrar costes, lo cual a menudo provoca un retroceso del disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales... El impacto de la crisis económica mundial combinado con la debilidad de la economía española llevó a esta a entrar oficialmente en recesión en 2008. La crisis económica tuvo un fuerte impacto sobre la población española, con crecientes niveles de vulnerabilidad económica, pobreza y desigualdad. El índice de desempleo, que había estado disminuyendo de forma continuada antes de la crisis económica, subió del 8,2% (2007) al 26,1% (2013). El porcentaje de hogares que no podían hacer frente a un gasto imprevisto aumentó del 30,8% (2007) al 42,7% (2014). El índice de riesgo de pobreza en personas que tienen un empleo, que mide la pobreza entre la población empleada, era del 13,1% en 2015, uno de los más altos de la UE. A medida que la crisis económica se fue desarrollando en España, afectó a una serie de factores, como la vivienda y el empleo, con consecuencias potencialmente negativas para la salud de las personas.

El aumento de la pobreza y la vulnerabilidad económica, combinado con el riesgo de unos peores resultados de salud, requería un mayor apoyo al sistema de salud público, especialmente para las personas marginadas, que a menudo son las más afectadas. Aunque la respuesta inicial del gobierno a la crisis económica fue adoptar un paquete de estímulos e incrementar el gasto público, cambió posteriormente su estrategia y comenzó a reducir el gasto público, especialmente mediante la introducción de medidas de austeridad. Varias medidas introducidas para limitar el gasto público afectaron a la protección existente de la seguridad social y a las rentas disponibles, lo que amenazaba con incrementar la vulnerabilidad financiera durante la crisis económica. En concreto, y en especial en el contexto de la salud, desde 2009 el gobierno empezó a recortar el gasto público en sanidad. El gasto total en salud pública en 2013, incluido tanto el del gobierno central como el de los gobiernos autonómicos, fue un 12,7% más bajo que el de 2009. El gobierno también introdujo una serie de políticas para reducir los costes del Sistema Nacional de Salud, especialmente mediante el Real Decreto Ley 16/2012. Este Real Decreto limitaba la atención sanitaria a la que podían acceder las personas migrantes en situación irregular.

El gobierno implantó asimismo medidas para hacer recaer la carga de determinados costes sanitarios sobre las personas individuales: reestructuró la cartera común de servicios en el SNS para posibilitar que más productos y servicios estuvieran sometidos a copago mediante regulación futura. Introdujo el copago farmacéutico en algunos casos para grupos que anteriormente podían acceder de forma gratuita a atención sanitaria, e incrementó la proporción de copago de otros. Y, por último, añadió una lista de criterios para determinar qué medicamentos estarían financiados por el SNS o excluidos de esa financiación, y a raíz de ello se eliminaron de la financiación del SNS más de 400 productos...”

6. Otro informe crítico

Según el EURO HEALTH CONSUMER INDEX (EHCI)⁶¹ de 2018, España va perdiendo posiciones a nivel sanitario en la comparativa que realiza cada año. En el cuadro⁶² comparativo España ocupa la posición 19 de los 35 países europeos comparados, lo que es muy mal resultado. Se analizan, comparan y evalúan 49 ítems de 6 apartados.



En este cuadro se han incluido varios países (de los 35 europeos que se comparan). Se añade el puesto que ocupa cada país en esta comparativa y las puntuaciones obtenidas en cada apartado por España y el país que ha obtenido mejor puntuación (Suiza), que ocupa el 1er lugar de clasificación.

La conclusión que se obtiene de estos dos últimos estudios expuestos es que *la sanidad pública española “no es” tan extraordinaria como nos creíamos en España.*

Conclusiones

Se han expuesto varios informes de distintas entidades que realizan clasificaciones de los sistemas sanitarios, comparando múltiples parámetros en las mediciones.

Existen indiscutibles discrepancias entre todos ellos en lo que se refiere al puesto teórico que ocuparía España en cada uno de los rankings. Nosotros *creemos que el nivel de calidad y eficiencia alcanzado por el sistema sanitario público en España es muy elevado, a pesar de las carencias generadas por muchos años de bajo gasto e inversiones*, siempre amparadas en “la crisis económica” de cualquiera de los momentos a examen.

Desde aquí reivindicamos el incremento necesario en el gasto e inversión en el sistema sanitario público español, con el fin de lograr un mayor nivel de calidad, y acabando con las listas de espera.

Capítulo 4. España y la Unión Europea

Punto de partida: ¿De dónde veníamos? (en lo económico y en lo social)

En este capítulo se abordan una serie de comparativas de diversos parámetros sanitarios entre los países europeos, entre otros el gasto sanitario.

Gasto sanitario por todos los mecanismos de financiación / Millones de euros	2014	2015	2016	2017
Unión Europea - 27 países (desde 2020)	1.178.491	1.214.255	1.247.897	:
Unión Europea - 28 países (2013-2020)	1.401.711	1.467.268	1.481.002	:
Eurozona - 19 países (a partir de 2015)	1.043.977	1.075.026	1.104.195	1.136.923
Bélgica	41.667	42.262	43.753	45.405
Alemania	322.083	338.058	351.701	368.597
España	93.649	98.486	100.367	103.489
Francia	248.752	251.920	256.455	259.638
Italia	146.150	148.490	150.067	152.705
Países Bajos	70.964	71.236	72.963	74.448
Portugal	15.616	16.132	16.854	17.456
Suecia	48.207	49.428	50.836	52.364
Reino Unido	223.220	253.013	233.105	225.187

Elaboración propia. Fuente EUROSTAT.

Gasto en salud a través de mecanismos de financiación pública / Millones de euros	2014	2015	2016	2017
Unión Europea - 27 países (desde 2020)	920.201	947.113	990.333	:
Unión Europea - 28 países (2013-2020)	1.097.592	1.147.962	1.175.610	:
Eurozona - 19 países (a partir de 2015)	813.850	837.418	877.218	903.737
Bélgica	32.537	32.796	33.743	35.073
Alemania	271.098	284.220	296.221	310.959
España	65.927	70.142	71.352	73.080
Francia	190.677	193.178	213.019	216.482
Italia	110.556	110.762	111.988	112.845
Países Bajos	57.538	57.972	59.224	60.710
Portugal	10.319	10.674	11.176	11.576
Suecia	40.189	41.192	42.395	43.826
Reino Unido	177.391	200.849	185.278	177.450

Elaboración propia. Fuente EUROSTAT.

Los 2 cuadros anteriores se han elaborado con datos de Eurostat⁶³: **comparativa gasto total y gasto público en sanidad.**

Crisis económica y salud en España

El Ministerio de Sanidad encargó en el año 2017, a un equipo de investigadores, *estudiar las consecuencias de la crisis económica, iniciada a mediados del año 2008 sobre la salud de las personas residentes en España*. Fruto de esta investigación se publicó en 2018 el documento titulado: **“Crisis económica y salud en España”⁶⁴**. *Interesa destacar algunas aseveraciones de dicho informe: “... La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades... Las crisis económicas suponen riesgos para la salud de la población alterando los recursos disponibles para la ejecución de políticas públicas (incluyendo las sanitarias), destruyendo empleo, reduciendo las rentas familiares y generando migraciones masivas... En materia de indicadores de acceso a los servicios sanitarios, las listas y tiempos de espera muestran una evolución desfavorable... para aquellos indicadores de los que se dispone de información (enfermedades declaradas y comportamientos en salud), existen marcadas diferencias entre la población desempleada y la población ocupada y entre las personas sin estudios o con estudios primarios y las personas de educación superior... El colectivo de extranjeros es un claro exponente de grupo vulnerable especialmente afectado por la crisis... Los indicadores socioeconómicos analizados han presentado una evolución alarmante como consecuencia de la crisis económica... Pasando al apartado de indicadores de acceso a servicios sanitarios, las listas de espera, tanto diagnósticas como quirúrgicas, han crecido de manera notable durante los años de crisis. Y ello tanto en lo que respecta al número de personas en la lista de espera estructural como en relación con los tiempos de espera observados... Resumiendo la información revisada y expuesta en este informe, los resultados, tanto los obtenidos de la literatura como de los indicadores estudiados, identifican la necesidad de invertir en políticas de salud y de mejora del bienestar que trasciendan el medio sanitario, puesto que los mayores riesgos para la salud se encuentran más allá de dicho ámbito, así como sus respuestas...”*

G. Público Salud Per cápita 2018	G. Público Salud % G. Salud Total	Gasto Salud (Millones €)	G. Salud (% G. Público Total)	G. Salud PIB	G. Público Salud Per cápita	Variación % respecto al año anterior
Estados Unidos	84,54	2.484.593	22,55	14,32	7.577	3,73
Cuba	89,44	8.980	15,87	10,47	782	1,33
Alemania	84,46	321.134	19,88	9,48	3.879	17,19
Francia	83,41	219.386	15,47	9,32	3.278	14,66
Suecia	83,89	43.241	18,69	9,26	4.273	3,83
Japón	84,09	386.454	23,64	9,18	3.063	-0,08
Dinamarca	84,40	26.301	16,60	8,84	4.549	4,09
Noruega	85,48	32.063	17,88	8,70	6.055	5,98
Países Bajos	82,12	63.134	15,30	8,16	3.675	37,21
Bélgica	77,27	36.107	15,31	8,02	3.168	7,49
Suiza	63,70	46.353	11,02	7,76	5.464	3,91
Austria	74,75	29.810	15,31	7,72	3.379	11,59
Reino Unido	77,12	180.324	18,74	7,53	2.721	-3,02
Canadá	69,68	108.515	19,33	7,48	2.938	4,99
Nueva Zelanda	79,22	12.849	19,29	7,40	2.641	6,40
Finlandia	75,32	15.963	13,04	6,84	2.896	5,95
Argentina	72,43	37.537	16,05	6,61	849	34,95
Uruguay	70,83	3.471	19,78	6,58	998	15,37
Italia	74,23	114.940	13,42	6,54	1.900	6,93
Australia	69,27	78.648	17,80	6,41	3.144	7,13
España	70,47	75.435	15,28	6,24	1.617	7,88
Portugal	66,46	12.193	13,01	6,05	1.185	10,68
Irlanda	74,23	16.773	20,04	5,27	3.472	12,42
Chile	58,31	13.107	17,73	5,20	707	20,61
Andorra	49,03	135	14,02	5,06	1.754	5,16
Corea del Sur	59,77	66.433	13,42	4,84	1.287	11,51
Serbia	56,71	1.874	11,92	4,78	265	4,61
Israel	63,79	14.895	11,93	4,76	1.679	10,25
Grecia	60,27	8.734	10,23	4,73	813	5,22
Polonia	71,78	22.408	10,94	4,51	590	11,73
Irán	51,25	16.920	22,94	4,44	216	6,01
Bolivia	68,53	1.477	11,52	4,42	134	9,32
Panamá	59,92	2.418	20,08	4,39	590	-2,34
Ecuador	52,82	4.027	11,92	4,36	242	5,89
Sudáfrica	53,65	13.460	13,34	4,35	237	16,21
Albania	41,36	494	14,68	4,28	168	6,95
Bulgaria	51,86	2.197	11,99	4,20	305	11,17
Argelia	65,95	6.233	10,73	4,20	151	-3,28
Bielorrusia	69,96	2.008	10,62	4,15	212	13,52
Túnez	57,12	1.456	13,63	4,13	127	-1,48
Brasil	41,88	72.398	10,26	3,96	344	13,80

Elaboración propia. Fuente DatosMacro⁶⁵.

Comparativa de países

Un ejemplo: España (con 46.5 millones de habitantes) dedica el 8,9% de su producto interior bruto al gasto sanitario (público + privado), frente al 11,2% de Alemania (82.2 millones habitantes). Comparando el gasto sanitario total por habitante en 2017, en poder paritario de compra, expresado en dólares USA, en España es de 3.224 dólares frente a 5.848 dólares en Alemania, es decir, un 45% menos en España que en Alemania.

La esperanza de vida (2017) en España era de 83.4 años y la de Alemania de 81.1 años. La Tasa de mortalidad para todas las causas, ajustada por edad/100.000 habitantes, en 2016 era en España de 462 y en Alemania de 557 (media UE-28 de 561).

Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2018 (o año más cercano)	Hogares / Otra financiación privada	Seguro público / obligatorio	Gasto en salud: Total	Vinculación
Brasil	5,238	3,958	9,204	socio clave
África del Sur	4,424	3,472	8,094	socio clave
Suiza	4,423	7,760	12,183	miembro
Chile	3,715	5,196	8,911	miembro
Corea	3,259	4,842	8,102	miembro
Canadá	3,257	7,484	10,741	miembro
Grecia	3,104	4,728	7,846	miembro
Portugal	3,052	6,048	9,099	miembro
Australia	2,843	6,408	9,252	miembro
México	2,648	2,809	5,457	miembro
Estados Unidos	2,619	14,318	16,937	miembro
España	2,617	6,243	8,860	miembro
Austria	2,609	7,721	10,330	miembro
Israel	2,578	4,760	7,463	miembro
India	2,525	0,899	3,621	socio clave
Letonia	2,499	3,367	5,866	miembro
Bélgica	2,357	8,015	10,372	miembro
Lituania	2,278	4,525	6,805	miembro
Italia	2,271	6,542	8,813	miembro
Federación de Rusia	2,266	2,998	5,263	
Finlandia	2,240	6,835	9,075	miembro
Reino Unido	2,235	7,533	9,768	miembro
OCDE 36	2,214	6,578	8,798	
China	2,019	2,912	5,019	socio clave
Hungría	1,959	4,635	6,593	miembro
Nueva Zelanda	1,941	7,400	9,341	miembro
Colombia	1,915	5,311	7,226	miembro
Costa Rica	1,875	5,656	7,531	candidato

Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2018 (o año más cercano)	Hogares / Otra financiación privada	Seguro público / obligatorio	Gasto en salud: Total	Vinculación
Francia	1,857	9,340	11,197	miembro
Irlanda	1,828	5,267	7,095	miembro
Países Bajos	1,778	8,164	9,941	miembro
Suecia	1,778	9,259	11,037	miembro
Polonia	1,775	4,513	6,288	miembro
Alemania	1,745	9,484	11,229	miembro
Japón	1,737	9,181	10,918	miembro
Dinamarca	1,633	8,837	10,470	miembro
Estonia	1,597	4,852	6,449	miembro
Islandia	1,494	6,846	8,340	miembro
Noruega	1,478	8,704	10,182	miembro
República Eslovaca	1,341	5,388	6,729	miembro
República Checa	1,309	6,207	7,515	miembro
Indonesia	1,275	1,415	3,126	socio clave
Turquía	0,917	3,256	4,172	miembro
Luxemburgo	0,798	4,540	5,408	miembro

Elaboración propia. Fuente OCDE⁶⁶.

En el *cuadro de la página anterior (DatosMacro)* los países están ordenados según su porcentaje de gasto público destinado a sanidad. En el *cuadro superior (OCDE)* se ordenan según gasto privado en sanidad, siendo el de España de casi el 30% sobre el total del gasto sanitario.

España: Gasto sanitario total según agente de financiación/ Euros por habitante y estructura porcentual								
	2003	2003	2008	2008	2013	2013	2018	2018
Administraciones públicas	1.062	71,5	1.540	73,6	1.427	71,0	1.656	70,5
Administraciones públicas (excluidas adm. de seg. Social)	990	66,7	1.448	69,2	1.339	66,6	1.558	66,3
Administración central	18	1,2	20	1,0	17	0,9	20	0,8
Administraciones regionales/provinciales	953	64,1	1.402	67,0	1.307	65,0	1.524	64,8
Administraciones locales/municipales	20	1,3	26	1,2	15	0,7	14	0,6
Administraciones de seguridad social	72	4,8	92	4,4	88	4,4	98	4,2
Sector privado	424	28,5	552	26,4	583	29,0	694	29,5
Seg. sociales privados. Empresas de seguro privadas	82	5,5	116	5,5	116	5,8	164	7,0
Pagos directos de los hogares	323	21,7	417	20,0	452	22,5	513	21,8
Instit. sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seg. Sociales)	11	0,8	7	0,4	9	0,4	9	0,4
Sociedades (excepto seguros médicos)	7	0,5	11	0,5	6	0,3	8	0,4
Gasto Total	1.486	100,0	2.092	100,0	2.010	100,0	2.351	100,0

Elaboración propia. Fuente: Sistema de Cuentas de Salud; Ministerio de Sanidad.

En el anterior cuadro, elaborado con datos del Ministerio de Sanidad⁶⁷ se especifican porcentajes y euros dedicados a cada partida de gasto, públicos y privados.

Índices de volumen y gasto sanitario per cápita, 2017, EE. UU. = 100	Comparación de niveles de precios en atención médica, 2017, EE. UU. = 100	Volumen (salud PPA)	Gastos (PPA CIE)
Suiza	139,48	69,67	70,02
Islandia	137,60	42,28	40,70
Noruega	119,60	64,79	59,41
Suecia	111,38	51,62	51,58
Israel	110,22	26,70	26,12
Irlanda	106,50	45,57	45,37
Luxemburgo	101,78	54,25	47,63
Estados Unidos	100,00	100,00	100,00
Canadá	92,15	50,96	47,14
Finlandia	89,60	46,13	40,45
Dinamarca	88,30	64,18	49,23
Países Bajos	86,11	55,72	50,51
Reino Unido	82,98	45,41	38,63
Austria	82,36	58,60	51,64
Italia	81,51	34,17	33,08
España	75,55	32,46	31,59
Bélgica	75,16	58,64	47,34
Australia	72,43	71,68	46,94
OCDE36	72,04	46,17	37,76
Nueva Zelanda	71,68	52,83	36,67
Japón	70,56	58,24	45,36
Alemania	68,29	72,10	57,29
Francia	66,44	64,53	48,31
Chile	59,42	22,39	20,53
Grecia	57,07	26,07	21,62
Portugal	54,71	34,20	27,03
Eslovenia	54,10	34,77	27,45
Corea	48,41	45,79	28,12
México	47,13	10,85	10,83
Estonia	41,95	30,34	20,78
República Eslovaca	34,29	33,87	21,43
Hungría	31,60	30,46	19,56
Letonia	30,78	29,72	16,16
Lituania	29,61	35,92	21,38
Polonia	29,22	30,42	20,07
República Checa	27,91	51,73	27,93
Turquía	17,45	25,10	11,62

Elaboración propia. Fuente: OCDE

En el cuadro previo, elaborado con información de la OCDE⁶⁸, se comparan varios países y gasto sanitario. Los Índices de volumen y gasto sanitario per cápita, partiendo del dato de EE. UU. = 100 en los niveles de precio de la asistencia sanitaria, y volumen y gasto en PPA comparado. En dicho cotejo, el nivel de precio de España es de 75,5 siendo la base 100 de EE. UU. // CIE: es el consumo individual efectivo, en paridad de poder de compra; **el dato de España es muy inferior al promedio de la OCDE**. En esa comparativa, los datos que obtiene Italia se aproximan mucho a los de España.

Gasto sanitario privado en 2017	Euros por habitante	Millones de euros	% PIB
Irlanda	1.174	5.643	1,9
Austria	1.136	9.998	2,7
Polonia	1.045	9.073	2
Finlandia	930	5.122	2,3
Bélgica	908	10.332	2,4
Suecia	849	8.538	1,8
Dinamarca	820	4.729	1,6
Países Bajos	802	13.738	1,9
Luxemburgo	743	443	0,8
Reino Unido	723	47.737	2
Alemania	697	57.637	1,8
España	662	30.779	2,6
Italia	658	39.860	2,3
Francia	645	43.156	1,9
Portugal	571	5.880	3
Grecia	525	5.651	3,1

Elaboración propia. Fuente: MSCBS España.

En este cuadro previo se ordenan varios países europeos en función de su *gasto sanitario privado en 2017* (según Ministerio⁶⁹ de Sanidad).

Varios gráficos para comprender mejor la situación

A continuación, se exponen 7 gráficos elaborados a partir de los datos obtenidos en las bases de datos de EUROSTAT⁷⁰.

En primer lugar, una comparativa del número de **camas disponibles** por número de habitantes. **España (y el País vasco) están muy por debajo de la media.**

Camas hospitalarias disponibles por cien mil habitantes					
	2014	2017		2014	2017
Unión Europea - 27 países (desde 2020)	557	541	Extremadura	348	326
Unión Europea - 28 países (2013-2020)	521	504	Cataluña	381	388
Bélgica	585	566	Comunidad Valenciana	235	236
Alemania	823	800	Illes Balears	299	300
España	297	297	Andalucía	217	219
Galicia	331	333	Región de Murcia	320	318
Principado de Asturias	324	337	Ciudad Autónoma de Ceuta (ES)	213	208
Cantabria	324	326	Ciudad Autónoma de Melilla (ES)	196	192
País Vasco	337	330	Canarias (ES)	312	310
Comunidad Foral de Navarra	337	331	Francia	620	598
La Rioja	319	325	Italia	321	318
Aragón	367	375	Países Bajos	:	332
Comunidad de Madrid	285	275	Portugal	332	339
Castilla y León	344	347	Suecia	254	222
Castilla-la Mancha	220	235	Reino Unido	273	254

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Quirófanos en hospitales					
	2017	quirófanos / 100.000 hab.		2017	quirófanos / 100.000 hab.
Francia	10.774	16,13	Portugal	890	8,63
Bélgica	1.393	12,27	Países Bajos	1.167	6,83
Italia	6.191	10,22	Reino Unido	3.826	5,81
España	4.533	9,74			

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En este *cuadro anterior* se comparan el número de **quirófanos**. **España está muy por debajo del dato de Francia**, pero muy por encima del de Reino Unido. *En el siguiente cuadro* se ordenan los países en función el número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes y también se muestran las estancias hospitalarias medias. *La estancia media en España es de las más bajas*, solo superada por Países Bajos. En número de pacientes que han precisado ingreso y han sido dados de alta, España está en la línea media, lejos del (*¿exagerado?*) dato de Alemania.

Altas Hospitalarias				Estancia media de pacientes hospitalizados (en días)		
	2009	2017	2017 proporción altas por 100.000 hab.		2009	2017
Alemania	17.715.271	19.387.340	23.494	Alemania	8,20	7,50
Bélgica	1.772.752	1.862.083	16.404	Bélgica	7,20	6,60
Francia	10.376.603	10.394.766	15.559	Francia	5,74	5,58
Reino Unido	8.032.416	8.242.963	12.519	Reino Unido	6,22	5,87
España	5.179.660	5.238.727	11.259	España	6,40	5,92
Portugal	1.164.988	1.118.944	10.853	Portugal	6,96	7,29
Italia	7.590.230	6.256.245	10.326	Italia	6,69	6,93
Países Bajos	1.879.000	1.650.855	9.665	Países Bajos	5,60	5,00

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Hospitalizaciones (número total). Todas enfermedades (A00-Z99) Por 100.000 hab.			Estancia media pacientes hospitalizados (en días). Todas enfermedades (A00-Z99)		
	2015	2018		2015	2018
Bélgica	15.937,7	17.144,0	Bélgica	6,5	6,2
Francia	10.565,3	25.329,2	Francia	5,5	8,8
España	8.053,8	8.422,3	España	6,7	8,3
Galicia	3.956,5	6.121,4	Galicia	7,1	8,0
Asturias	5.081,4	5.485,4	Asturias	7,4	8,1
Cantabria	13.979,2	8.634,7	Cantabria	7,5	8,4
País Vasco	3.970,3	10.207,0	País Vasco	6,6	8,7
Navarra	4.497,5	3.585,7	Navarra	6,6	9,2
La Rioja	5.903,1	7.047,0	La Rioja	6,7	8,2
Aragón	3.704,8	4.046,3	Aragón	7,0	9,1
Madrid	19.503,4	16.097,5	Madrid	6,4	7,5
C. y León	7.937,8	6.170,4	C. y León	7,3	10,6
C. la Mancha	4.480,1	5.184,0	C. la Mancha	6,7	7,8
Extremadura	4.813,0	4.842,9	Extremadura	6,7	8,7
Cataluña	9.362,5	7.920,2	Cataluña	7,4	9,6
C. Valenciana	4.633,4	4.745,7	C. Valenciana	5,6	6,3
Islas Baleares	2.788,6	2.991,1	Islas Baleares	5,7	7,1
Andalucía	6.953,9	9.855,7	Andalucía	6,2	7,0
Murcia	7.236,8	10.320,2	Murcia	6,4	8,2
Ceuta	7.431,7	9.501,4	Ceuta	5,4	5,5
Melilla	2.190,8	2.586,8	Melilla	5,1	5,9
Canarias	3.509,1	5.549,3	Canarias	7,3	11,5

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En el *anterior cuadro* (página anterior) se comparan dos países y el dato promedio de España con el de todas las CC. AA. españolas en 2015 y 2018. Pueden observarse grandes diferencias entre CC. AA., destacando un importante incremento en el País Vasco, tanto en la proporción de hospitalizaciones como de la estancia media entre los años 2015 y 2018.

Vacunación antigripal en la población de 65 años y más (%)			
	2009	2014	2017
Unión Europea - 28 países (2013-2020)	54,89	45,01	44,34
Bélgica		58,00	:
Alemania	61,10	38,10	34,80
España	65,70	56,20	55,70
Francia	63,90	48,50	49,70
Italia	66,19	55,45	52,00
Países Bajos	74,00	72,00	64,00
Portugal	52,20	50,90	60,80
Rumanía	27,70	7,30	16,10
Suecia	44,00	49,70	49,40
Reino Unido	72,30	72,80	72,56

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En este *anterior cuadro* se expone el dato del % de personas **mayores de 65 años que se han vacunado contra la gripe**. El dato de España es de los más elevados en los tres años.

Tasa de mortalidad estandarizada (por región de residencia NUTS 2, promedio de 3 años). Todas las causas y edades. 2016		Mortalidad infantil (por región de residencia NUTS 2, promedio de 3 años). Todas las causas y edades. 2016	
Alemania	1.030,39	Alemania	2.476
Unión Europea - 28 países	1.012,34	Unión Europea - 28 países	18.535
Portugal	1.000,58	Portugal	257
Reino Unido	986,79	Reino Unido	2.921
Bélgica	977,71	Bélgica	405
Suecia	920,55	Suecia	276
Italia	866,14	Italia	1.381
España	846,39	España	1.140
Francia	842,16	Francia	2.894
Melilla	1.040,00	Melilla	12
Ceuta	989,48	Ceuta	
Andalucía	962,62	Andalucía	244
Extremadura	907,93	Extremadura	26
Murcia	906,74	Murcia	46
Asturias	898,27	Asturias	14

Tasa de mortalidad estandarizada (por región de residencia NUTS 2, promedio de 3 años). Todas las causas y edades. 2016		Mortalidad infantil (por región de residencia NUTS 2, promedio de 3 años). Todas las causas y edades. 2016	
Canarias	889,43	Canarias	44
C. Valenciana	886,66	C. Valenciana	121
Islas Baleares	866,57	Islas Baleares	30
Cantabria	845,33	Cantabria	11
C. la Mancha	840,05	C. la Mancha	41
Galicia	834,20	Galicia	51
Aragón	832,65	Aragón	31
Cataluña	817,80	Cataluña	179
País Vasco	810,33	País Vasco	47
La Rioja	791,75	La Rioja	5
Navarra	788,11	Navarra	16
C. y León	775,77	C. y León	41
Madrid	732,44	Madrid	175

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

Aquí (*cuadro anterior*) hemos comparado varios países europeos con los datos de España y de las CC. AA. en 2016, sobre la Tasa estandarizada de mortalidad y sobre mortalidad infantil total bruta.

***Nota:** La tasa de mortalidad estandarizada (TME) por edad corresponde a la cifra de defunciones (expresadas por 100.000 habitantes) que se registrarían en un territorio según la tasa de mortalidad por sexo y edad propios y con la estructura por edad de una población tipo o estándar.*

Accidentes laborales en Agricultura; Industria y construcción (excepto ind. extractivas); servicios industriales y mercado			Total de accidentes laborales Mortales/Industria y construcción (excepto ind. extractivas); servicios industriales y mercado		
	2017	Tasa por 100.000 hab.		2017	Tasa por 100.000 hab.
Portugal	116.148	1.126,60	Portugal	133	1,29
Alemania	715.195	866,68	Francia	496	0,74
España	353.311	759,35	Italia	398	0,66
Francia	465.451	696,68	España	290	0,62
Unión Europea - 28 países	2.483.065	485,56	Unión Europea - 28 países	3.160	0,62
Bélgica	47.759	420,72	Bélgica	56	0,49
Italia	239.217	394,82	Alemania	404	0,49
Países Bajos	64.872	379,78	Reino Unido	248	0,38
Suecia	22.987	229,98	Suecia	36	0,36
Reino Unido	147.093	223,40	Países Bajos	36	0,21

Elaboración propia. Fuente: EUROSTAT.

En este último gráfico de este apartado se muestran los datos comparados entre varios países europeos y el promedio de la UE, del año 2017, respecto a los **accidentes de trabajo** producidos y a las muertes causadas por este motivo. En cuanto al número de accidentes producidos en tasa por 100 mil habitantes, **España presenta unos datos muy superiores a la media europea** (56% superior); y en la Letalidad de los accidentes en tasa por 100 mil, **España presenta el mismo porcentaje que el promedio de la UE**, aunque son mucho peores que los de países como Alemania, Reino Unido, etc.

Salud pública y medicina preventiva

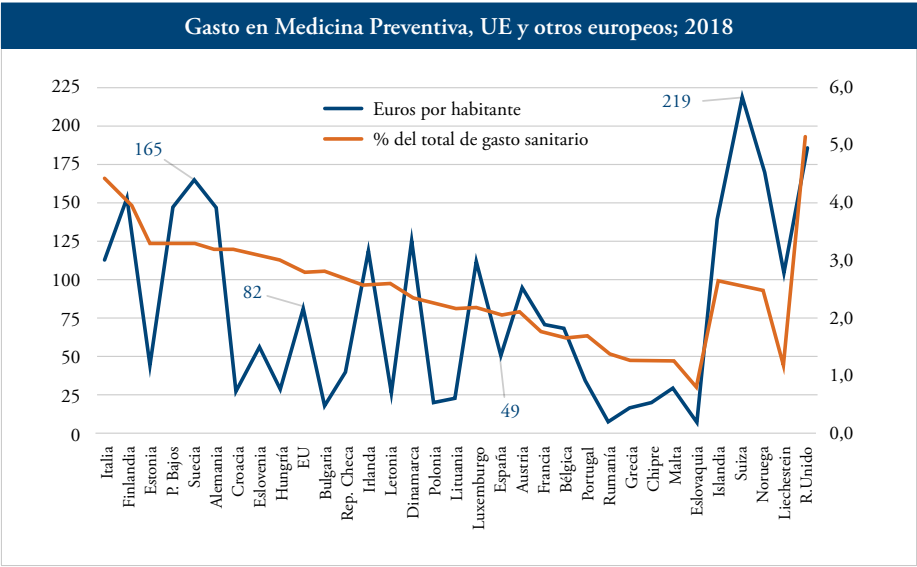
Este ha sido **uno de los sectores “más olvidados”** en estos momentos de crisis, pero que desde hace tiempo venía por una senda de insuficiente inversión, impulso y puesta al día. El **objetivo⁷¹ de la medicina preventiva, salud pública e higiene** es *“preservar y promover la salud, prevenir la enfermedad e incapacidad, y facilitar el diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad”*.

En el documento titulado *“El gasto público en servicios de prevención⁷² y salud pública en España antes de la COVID-19. (II). Los datos internacionales”*, los autores afirman: *“Según los datos que ofrece el SCS español, y que luego se vierten a las estadísticas de salud de la OCDE, el gasto público en Prevención y Salud Pública en 2018 suponía 2.306 millones de euros, equivalentes a 49 euros por persona, algo menos del 0,2 % del PIB y del 3 % del gasto corriente público en sanidad... Aunque es difícil definir un nivel óptimo, estos datos confirman que dicho gasto puede calificarse de reducido. Podemos compararlo con el gasto nacional por persona en bebidas alcohólicas y tabaco de 207,4 euros y de 1.183 euros en restaurantes y hoteles. Ello parece indicar una escasa prioridad efectiva de estas políticas... Todos los países europeos deberían evaluar el retorno de la inversión de este gasto sanitario en servicios de Prevención y Salud Pública en términos de resultados en salud en su población (disminución de morbilidad y mortalidad, años ganados, años ganados ajustados por calidad de vida...), analizando la eficiencia de sus inversiones en la salud colectiva...”*.

El informe titulado *“Equidad⁷³ en Salud y COVID-19”* dice que *“...La crisis de la COVID-19 está teniendo un impacto sin precedentes a nivel mundial, que en muchas ocasiones se suma a los efectos de la crisis iniciada en 2008. Pero este impacto no está siendo igual para todas las personas. Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad, que se encuentran además interrelacionados: La vulnerabilidad clínica, la vulnerabilidad social y la vulnerabilidad epidemiológica...”*.

Otro lugar desde el que investigar y detectar amenazas sería desde la llamada *“inteligencia epidemiológica”⁷⁴*, que se define como el *“proceso de detección, cribado/filtrado, verificación, análisis, evaluación e investigación de la información de aquellos eventos o situaciones que puedan representar una amenaza para la salud pública. Incluye las actividades relacionadas con las funciones de alerta temprana. Este proceso debe entenderse como un proceso dinámico e interactivo, ya que la entrada sucesiva de nueva información puede desencadenar nuevas actividades. La finalidad de las actividades de inteligencia epidemiológica es producir información temprana y verificada sobre situaciones o eventos relevantes para la salud pública y que puedan requerir una acción, incluyendo medidas de prevención y control, con el objetivo de que dichas acciones se tomen lo más rápidamente posible con información de calidad...”* Este apartado/refugio falló estrepitosamente desde el inicio de esta epidemia, o no fueron

capaces quienes se encargan de esta labor de alertar y/o concienciar a los dirigentes políticos del tremendo tsunami que se nos venía encima.



En este gráfico, basado en datos de Eurostat⁷⁵, se exponen en dos líneas y en dos ejes, el gasto dedicado a la medicina preventiva en los países de la Unión Europea y de varios europeos no pertenecientes a la UE. Los números que se han insertado corresponden a España (49 euros por habitante, año 2018) comparado con el promedio de la UE (82 euros), con el de Suecia (165 euros) y con el de Suiza (219 euros). La línea marrón expresa el porcentaje del total de gasto sanitario dedicado a este asunto. Los más elevados son el de Italia (4,4%) y el de R. Unido (5,1%); el de España es del 2,1%.

Gasto sanitario total según función de atención de la salud. Millones €. España					
	2012	2013	2014	2015	2016
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	55.504	53.556	54.729	57.771	58.010
Servicios de atención de larga duración	8.978	8.748	8.737	9.173	9.354
Servicios auxiliares de atención de la salud	4.788	4.547	4.686	4.945	5.031
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	20.361	21.075	20.993	21.902	23.013
Servicios de prevención y salud pública	1.980	1.894	1.877	1.944	2.023
Servicios de prevención y salud pública; porcentaje (%) sobre gasto total	2,07	2,02	1,98	1,95	1,99
Administración de la salud y los seguros médicos	2.759	2.753	2.632	2.762	2.903
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	1.404	1.156	1.185	1.392	1.385
Gasto sanitario total	95.774	93.728	94.839	99.889	101.721

Elaboración propia. Fuente: Sistema de Cuentas de la Salud; Ministerio de Sanidad.

En este *cuadro previo*, basado en datos del Ministerio de Sanidad⁷⁶, se expone el gasto dedicado en España a este concepto, entre los años 2012 y 2016. Se confirma que siempre ha significado (“pesado”) aproximadamente el 2% del gasto sanitario total nacional. El último dato publicado en España es de marzo de 2021 y corresponde a la “**Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP)**”⁷⁷. Si sólo se tiene en cuenta el gasto en “Salud Pública”, en 2019 (último dato disponible), en España se dedicaron 823,1 millones €.

Por lo que respecta al **País Vasco**⁷⁸, el gasto en esta partida se mantiene constante en los últimos años y ha oscilado entre los 19 y los 22 euros por habitante y año (debe tenerse en cuenta que los datos nacionales recogen el total de gasto en esta partida de los diversos Entes que puedan, de alguna manera, financiar proyectos de salud pública y medicina preventiva, desde el mismo estado, las Diputaciones, los Ayuntamientos, las CC. AA., etc.

Presupuesto 2021	12.442.365.000	Representa el %	Euros por habitante
09 Salud	4.183.922.000	33,6	1.902,03
09 4113 Salud Pública	48.353.100	0,388	21,98
Presupuesto 2020	11.774.000.000	Representa el %	Euros por habitante
08 Salud	3.943.691.000	33,5	1.792,82
08 4113 Salud Pública	46.460.800	0,394	21,12
Presupuesto 2018	11.486.409.000	Representa el %	Euros por habitante
08 Salud	3.677.317.000	32	1.671,54
08 4113 Salud Pública	42.956.600	0,373	19,53
Presupuesto 2017	11.059.662.000	Representa el %	Euros por habitante
08 Salud	3.542.717.000	32	1.610,54
08 4113 Salud Pública	41.796.100	0,377	19,00

Elaboración propia. Fuente: Presupuestos generales, Comunidad Autónoma del País Vasco.

En este cuadro se exponen los importes correspondientes a los últimos presupuestos del País Vasco (en 2019 se prorrogaron). El presupuesto en sanidad ha representado aproximadamente el 32% del total, salvo estos dos últimos, que pasa del 33,5%.

El importe dedicado a Salud Pública oscila entre el 0,37 y el 0,39 % del total (entre 19 y 22 euros por habitante y año), cantidad que es, a todas luces, muy reducida.

Consumo y gasto en farmacia

Ventas farmacéuticas totales per cápita en US\$ en Paridad de poder de compra							
	2011	2014	2018		2011	2014	2018
Bélgica	652,7	663,1	759,6	Japón	508,7	502,6	522,2
República Checa	577,9	606,4	740,0	Austria	365,4	408,3	473,8
Alemania	469,3	539,0	697,5	Estonia	301,0	360,1	454,4
Canadá	562,4	585,2	689,1	Hungría	415,8	346,9	448,1
Suiza	522,4	565,1	664,4	Reino Unido	290,7	354,5	447,7
Corea	516,8	535,0	642,6	Portugal	447,3	398,2	441,7
España	370,2	367,1	639,6	Eslovenia	367,0	354,6	437,6
Francia	503,7	502,0		Letonia	282,3	318,5	433,8
República Eslovaca	412,8	500,8	592,3	Luxemburgo	436,5	423,6	430,2
Dinamarca	485,6	507,1	591,8	Australia	304,0	348,6	411,2
Irlanda	513,8	501,7	590,3	Países Bajos	373,3	317,3	45,3
Islandia	605,0	522,3	580,4	Chile	196,4	236,8	297,1
Italia	433,1	442,3	542,1	Turquía	197,6	184,2	244,8
Finlandia	400,9	427,6	536,5	Nueva Zelanda	125,4	147,8	188,2
Suecia	440,1	446,6	528,2	México	97,2	91,4	91,3
Noruega	404,6	442,2	526,7				

Elaboración propia. Fuente: OCDE; Mercado farmacéutico.

Dosis cotidiana de Antidepresivos por 1000 habitantes y por día							
	2010	2015	2018		2010	2015	2018
Islandia	101,3	126,5	143,7	Alemania	46,7	56,4	56,6
Canadá	78,8	90,1	114,4	Noruega	56,4	57,8	55,9
Australia	80,4	104,1	112,2	Luxemburgo	50,1	53,7	54,0
Portugal	78,7	95,1	109,3	Israel	:	44,4	51,1
Reino Unido	65,9	94,2	107,9	Países Bajos	40,4	45,5	47,4
Suecia	75,8	92,5	98,7	Turquía	32,7	40,7	44,1
España	61,2	73,1	80,4	Italia	:	39,6	41,6
Bélgica	68,7	77,5	79,7	República Eslovaca	29,0	40,0	41,1
Dinamarca	84,0	77,0	75,7	Chile	:	46,5	40,1
Finlandia	68,8	68,2	74,8	Estonia	15,9	24,8	31,9
Eslovenia	44,1	56,8	61,5	Lituania	19,2	27,9	31,3
República Checa	41,6	55,0	61,4	Hungría	26,4	28,3	29,3
Austria	54,2	60,3	61,3	Corea	11,3	20,3	21,0
Grecia	:	48,1	58,0	Letonia	:	12,3	16,1

Elaboración propia. Fuente: OCDE; Mercado farmacéutico

Nota: ambos cuadros se han elaborado con datos provenientes de la OCDE⁷⁹.

Año 2020. Gasto farmacéutico en España			
	Coste real de consumo de medicamentos en los hospitales de la Red Pública del SNS (en euros)	Total Sistema Nacional de Salud y Mutualidades (gasto farmacéutico recetas)	Gasto Total 2020
Andalucía	1.197.543.600	2.092.145.238	3.289.688.838
Aragón	244.998.104	355.230.812	600.228.916
Asturias	192.409.708	298.824.433	491.234.141
Baleares	197.386.345	241.535.613	438.921.958
Canarias	318.347.562	176.461.533	176.461.533
Cantabria	117.179.104	547.580.057	664.759.161
Castilla y León	417.629.713	691.614.792	1.109.244.505
C. La Mancha	294.104.748	1.549.948.522	1.844.053.270
Cataluña	1.498.208.170	584.151.465	2.082.359.635
C. Valenciana	833.432.341	372.092.057	1.205.524.398
Extremadura	178.609.443	755.351.835	933.961.278
Galicia	520.593.800	1.337.089.581	1.857.683.381
Madrid	1.134.080.198	458.949.706	1.593.029.904
Murcia	239.685.277	157.624.456	397.309.733
Navarra	113.773.915	1.301.177.241	1.414.951.156
País Vasco	325.955.627	493.288.597	819.244.224
La Rioja	51.081.529	76.617.550	127.699.079
Ceuta	8.516.703	18.520.211	27.036.914
Melilla	9.025.740	17.053.693	26.079.433
Nacional	7.892.561.630	11.525.257.393	19.417.819.023

Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad; Gob. De España.

Nota: Este cuadro se ha elaborado con datos del Ministerio de Sanidad⁸⁰ e ídem⁸¹ ambos de diciembre de 2020.

Se exponen tres cuadros con diversos datos sobre el consumo farmacéutico en España y sus CC. AA., y de los países de la OCDE.

Primer punto que destacar: El incremento del coste en recetas en 2020 respecto al año anterior ha sido del 2,51%. Pero el incremento del coste en medicamentos en la red pública hospitalaria española en 2020 con respecto a 2019 ha sido del 7,04%. **En total durante 2020 en España hemos gastado 19.417,8 millones de euros en consumo farmacéutico** (18.615,91 millones € en 2019).

En 2020 en España hemos **gastado en recursos públicos sanitarios un total de 71.650,24 millones de euros**, desglosados así:

- Entes locales: 793,66 M€ • CC. AA.: 65.493,38 M€
- Administración Central del Estado y Seguridad Social: 5.363,2 M€
- 1.388,6 euros por habitante

Por tanto, el gasto farmacéutico ha supuesto el 27,10% del total del gasto sanitario público en 2020.

Segundo punto para destacar: gasto del consumo en recetas, comparado con los países de la OCDE. La comparación se realiza armonizando el *gasto anual en recetas de cada país en PPC* (paridad de poder de compra), y comprobamos que *el gasto en España es de los más elevados* de la lista de 31 países comparados.

Tercer punto para destacar: Consumo de antidepresivos. En este caso, *los datos de consumo en España también son de los más elevados* de la lista de países comparados.

En definitiva, en España tenemos un consumo en productos farmacéuticos y un gasto relativo muy elevado (creemos que es exagerado). Este asunto merece un análisis sosegado y un acuerdo para intentar reducir, tanto el consumo como el gasto. *Creemos que es un mal camino “medicalizar” la vida de las personas.*

En un reciente informe titulado “Política Farmacéutica Situación actual y propuestas”, la FASDP⁸² (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) dice:

“La industria del medicamento es uno de los sectores del mercado de mayor peso en la economía, con intereses comerciales y financieros de primer orden y gran capacidad de influencia en las decisiones de regulación que toman los gobiernos y la administración. Es necesario definir y reforzar las actuaciones de política farmacéutica a fin de garantizar una sanidad pública universal y de máxima calidad. Es de vital importancia para la sostenibilidad del sistema público de salud y para asegurar el acceso de los medicamentos necesarios a los pacientes como derecho humano”.

Conclusiones

Se han presentado en este capítulo diversas comparativas de algunos parámetros sanitarios entre los países europeos, principalmente el gasto sanitario público y privado, camas e ingresos hospitalarios, estancia media, número de quirófanos, tasas de mortalidad, vacunaciones, accidentes de trabajo y su letalidad, y un amplio apartado sobre salud pública y medicina preventiva, que en España y en Euskadi dispone de una financiación muy baja en comparación con otros países de nuestro entorno.

Queremos destacar algunos datos muy significativos:

Sabemos (y ha sido analizado y comprobado) por el informe español “Crisis económica y salud” de 2018 que:

- Las crisis económicas suponen riesgos para la salud de la población.
- Las listas de espera (diagnósticas y quirúrgicas) han crecido de manera notable durante los años de crisis.

- Los resultados (tanto los obtenidos de la literatura como de los indicadores estudiados) identifican la necesidad de invertir en políticas de salud y de mejora del bienestar que trasciendan el medio sanitario.

En 2018 España gastó en sanidad pública 1.617 € per cápita, cuando Italia gastó 1.900; Alemania 3.879, Francia 3.278, R. Unido 2.721...

Además, en España disponemos, con relación al número de habitantes, de menos camas y quirófanos que la gran mayoría de países de nuestro entorno.

Nuestro gasto en Salud Pública y Medicina Preventiva también es muy bajo comparativamente.

Lo que es muy alto en España es el gasto en farmacia, en especial el coste de la farmacia hospitalaria, así como el consumo de ciertos tipos de medicamentos, como son los antidepresivos.

Este es el panorama de nuestro sistema sanitario. Creemos que es necesario un profundo análisis científico y sociopolítico de nuestro sistema sanitario y una proyección a medio plazo de las reformas que se han de aplicar.

Capítulo 5.

¿Cómo es la Sanidad de España y Euskadi?

Se analizan datos de gasto, inversión y resultados sanitarios en España.

Clasificación económico-presupuestaria					
Miles de euros / % sobre el total	2002	2006	2010	2014	2018
Remuneración del personal	16.124.401	24.253.844	30.826.004	27.763.632	31.334.479
	33,8	41,9	43,1	44,1	43,2
Consumo intermedio	6.889.545	10.171.318	14.232.315	14.702.911	17.923.692
	14,4	17,6	19,9	23,3	24,7
Consumo de capital fijo	88.845	174.191	288.139	286.652	266.265
	0,2	0,3	0,4	0,5	0,4
Conciertos	5.040.671	6.609.299	7.613.653	7.337.192	8.093.552
	10,6	11,4	10,7	11,7	11,2
Transferencias corrientes	17.774.712	13.886.084	16.070.379	11.884.172	13.413.066
	37,3	24,0	22,5	18,9	18,5
Gasto de capital	1.789.904	2.806.192	2.451.958	995.891	1.480.860
	3,8	4,8	3,4	1,6	2,0
Gasto total sectores	47.708.077	57.900.929	71.482.449	62.970.451	72.511.913
(-) Transferencias intersectoriales	9.189.336	2.202.570	2.029.932	1.024.598	1.366.699
Total consolidado	38.518.741	55.698.359	69.452.517	61.945.853	71.145.214

Clasificación funcional					
Miles de euros / % sobre el total	2002	2006	2010	2014	2018
Servicios hospitalarios y especializados	20.238.583	30.075.847	39.018.060	38.006.564	43.977.927
	52,5	54,0	56,2	61,4	61,8
Servicios primarios de salud	5.847.124	8.369.191	10.575.892	9.023.701	10.387.531
	15,2	15,0	15,2	14,6	14,6
Servicios de salud pública	571.975	744.490	765.780	671.571	798.774
	1,5	1,3	1,1	1,1	1,1
Servicios colectivos de salud	1.085.667	1.532.047	1.941.283	1.739.036	1.869.672
	2,8	2,8	2,8	2,8	2,6
Farmacia	8.484.537	11.303.047	13.370.109	10.388.543	11.505.563
	22,0	20,3	19,3	16,8	16,2
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	634.458	1.028.940	1.411.811	1.238.410	1.254.883
	1,6	1,8	2,0	2,0	1,8
Gasto de capital	1.656.397	2.644.797	2.369.580	878.028	1.350.863
	4,3	4,7	3,4	1,4	1,9
Total consolidado	38.518.741	55.698.359	69.452.517	61.945.853	71.145.214

Estructura porcentual	2002	2006	2010	2014	2018
Administración Central	1,30	1,50	1,36	1,00	0,89
Sistema de Seguridad Social	3,44	3,18	2,30	2,38	2,36
Mutualidades de Funcionarios	3,66	3,14	2,95	3,38	3,17
Comunidades Autónomas	89,70	90,37	91,93	92,18	92,64
Corporaciones Locales	1,89	1,81	1,46	1,06	0,94
Gasto público en sanidad	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Gasto sanitario público total consolidado					
Miles de euros corrientes	2002	2006	2010	2014	2018
Administración central	501.706	837.014	946.334	620.118	630.408
Min. de Sanidad, S. Sociales e Igualdad	254.273	491.260	212.549	150.509	150.666
Min. de Economía, Industria y Competitividad	-	-	388.834	213.539	206.897
Ministerio de Defensa	152.229	231.500	181.622	147.680	169.055
Ministerio del Interior	79.768	92.985	139.559	94.955	89.854
Ministerio de la Presidencia y para las	7.624	10.956	19.352	13.435	13.936
M. de Educacion, Cultura y Deporte	7.813	10.313	4.418	-	-
Sistema seguridad social	1.326.233	1.769.612	1.597.988	1.475.055	1.679.906
Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	201.778	203.808	228.080	214.978	249.920
Instituto Social de la Marina	37.904	28.006	29.624	24.344	26.076
Mutuas colaboradoras con la S. Social	1.086.550	1.537.798	1.340.284	1.235.733	1.403.910
Mutualidades funcionarios	1.409.337	1.747.108	2.047.108	2.095.960	2.257.936
Instituto Social de las Fuerzas Armadas	448.107	544.209	639.665	657.587	703.397
Mutualidad General de Funcionarios Civiles	911.178	1.135.702	1.325.507	1.355.922	1.469.418
Mutualidad General Judicial	50.052	67.197	81.936	82.451	85.120
Comunidades autónomas	34.552.342	50.335.730	63.847.723	57.098.622	65.910.551
Comunidad Autónoma de Andalucía	5.872.658	8.339.228	10.008.978	8.737.071	10.184.378
Comunidad Autónoma de Aragón	1.083.021	1.589.130	1.991.048	1.899.341	2.106.701
Comunidad Autónoma del Principado de Asturias	981.442	1.339.114	1.672.215	1.517.404	1.716.981
C. Autónoma de las Illes Balears	689.941	1.077.552	1.678.928	1.332.287	1.654.635
Comunidad Autónoma de Canarias	1.585.628	2.317.742	2.852.465	2.604.642	3.061.832
Comunidad Autónoma de Cantabria	526.275	766.157	858.446	802.019	896.215
Comunidad de Castilla y León	2.062.155	3.164.216	3.616.111	3.164.010	3.801.723
C. Autónoma de Castilla-La Mancha	1.471.894	2.354.915	3.203.811	2.517.165	2.919.152
Comunidad Autónoma de Cataluña	5.519.616	8.070.644	10.688.086	9.204.675	10.764.688
Comunitat Valenciana	3.435.592	5.119.756	6.935.535	5.920.865	7.000.116
Comunidad Autónoma de Extremadura	946.483	1.348.811	1.730.317	1.587.760	1.735.186
Comunidad Autónoma de Galicia	2.331.420	3.231.003	3.937.966	3.553.445	4.025.373
Comunidad de Madrid	4.228.002	6.139.263	7.362.693	7.421.064	8.388.834

Miles de euros corrientes	2002	2006	2010	2014	2018
Comunidades autónomas	34.552.342	50.335.730	63.847.723	57.098.622	65.910.551
C. Autónoma de la Región de Murcia	1.007.853	1.566.505	2.240.581	2.074.552	2.317.202
Comunidad Foral de Navarra	559.147	753.309	998.242	913.535	1.066.979
Comunidad Autónoma del País Vasco	2.007.086	2.702.510	3.605.635	3.429.506	3.808.757
Comunidad Autónoma de La Rioja	244.129	455.874	466.667	419.282	461.799
Corporaciones locales	729.123	1.008.894	1.013.364	656.098	666.413
Gasto público en sanidad	38.518.741	55.698.359	69.452.517	61.945.853	71.145.214

Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Sanidad; Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público.

Nota: El gasto sanitario público de Ceuta y Melilla se encuentra repartido entre el INGESA y el Sector Corporaciones Locales.

Este cuadro se ha elaborado utilizando datos del **Ministerio de Sanidad**⁸³. En él hemos comparado 5 fechas separadas con una distancia de 4 años entre cada una, para poder apreciar la evolución de cada parámetro a comparar. Están desglosados los datos según varias clasificaciones de gasto.

En el primer apartado (clasificación económico-presupuestaria) es interesante destacar el gasto dedicado a **Conciertos** (*concertación/subcontratación* con empresas privadas para que realicen diversas actividades que deberían realizarse, en condiciones normales, a través de centros públicos, con personal de la sanidad pública). **Representa en torno al 11 % del total del gasto sanitario público.** En 2018 ascendió a **8.093,55 millones de euros**.

Segundo apartado: destaca la partida de gasto en **Farmacia** (atención, *solo recetas*, ya que el gasto de farmacia hospitalaria está incluido en gasto de consumo). En 2018 ascendió al 16,2% y un total de **11.505,56 millones de euros**.

Tercer apartado: es muy interesante destacar los importes dedicados a “**Mutualidades de Funcionarios**” (en 2018, por importe de **2.258 millones de euros** (nota: cuando decimos que el 100% de la población que reside legalmente en España tiene derecho, y está incluido dentro de la sanidad pública española, deberíamos hacer esta distinción, ya que con fondos públicos se permite que los funcionarios que lo deseen y sus familiares, puedan tener atención sanitaria privada sufragada con estos fondos públicos).

Un asunto similar (en lo conceptual), sería el importe dedicado a las llamadas “**Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social**”, que son Mutuas Patronales (son Entidades “*sin ánimo de lucro*” creadas por una agrupación de empresarios de distintos sectores productivos para la asunción mancomunada de las responsabilidades pecuniarias que los accidentes laborales y las enfermedades profesionales puedan acarrear; a estas Mutuas se destinan importes para financiar algunas tareas que podría/debería asumir la Sanidad Pública, en concreto, la atención primaria). En 2018 supuso una transferencia de **1.404 millones de euros**.

Finalmente se exponen los datos de gasto en sanidad de todas las CC. AA. y de las Corporaciones Locales.

12 cuadros comparativos

Están realizados utilizando los datos del portal **Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio⁸⁴ de Sanidad**. En todos ellos se ha utilizado la misma sistemática: cada cuadro se ha dedicado a un asunto, y se incluyen los resultados obtenidos para cada uno de esos apartados en País Vasco, el valor promedio nacional, el valor máximo que se ha alcanzado en alguna CC. AA., y la diferencia porcentual entre el dato del País Vasco con el promedio nacional y con la CC. AA. que ha obtenido el valor máximo. Luego, en forma de semáforo, se han coloreado en verde los resultados en los que el dato del País Vasco es mejor y en rojo los resultados que son peores que el promedio correspondiente. Se han dejado en blanco algunos parámetros en los que el resultado no es significativo, puntuable o explicativo.

Indicadores de Gasto (datos de 2017)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Diferencia % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Gasto sanitario público gestionado por las CC. AA., por habitante protegido	1.692,73	1.411,60	1.692,73	19,92	0,00
% del gasto sanitario en atención primaria	16,90	13,50	14,12	4,64	-16,42
% del gasto de los servicios de atención especializada	69,22	63,16	63,91	1,18	-7,67
% del gasto en farmacia	19,25	16,86	13,79	-18,19	-28,34
% del gasto en remuneración de personal	52,19	45,14	52,03	15,28	-0,31
% del gasto en consumos intermedios	36,69	26,02	23,74	-8,75	-35,29
% del gasto dedicado a conciertos	24,89	9,24	6,66	-27,87	-73,23
% de gasto sanitario público en remuneración del personal que forma residentes	5,79	3,72	3,15	-15,50	-45,70

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Este primer cuadro contiene los principales datos del gasto sanitario público: Euskadi es la CC. AA. con mayor gasto sanitario público por habitante protegido, casi un 20% mayor que el dato promedio nacional. El porcentaje de gasto dedicado a remunerar al personal sanitario es un 15% superior al promedio nacional (aunque no es la CC. AA. que mayor % dedica a este concepto). Destaca, en lo positivo, el mucho menor porcentaje de gasto dedicado a los Conciertos, casi el 28 % mejor que el promedio nacional (subcontratación con empresas sanitarias privadas).

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: gasto en farmacia, gasto en consumos intermedios. Peor que el promedio y la CC. AA. mejor: remuneración de los formadores de residentes.

Indicadores de Pertinencia (2017/18)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Diferencia % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
% de colecistectomía por laparoscopia	93,98	83,20	82,88	-0,39	(Año 2017) -11,82
Tasa de cesáreas (Hospitales SNS)	28,66	21,83	13,45	-38,41	(Año 2018) -53,08
% global de reingresos	9,68	7,98	7,52	-5,78	(Año 2017) -22,24
% reingresos urgentes tras cirugía programada	3,88	3,06	3,41	11,53	(Año 2017) -12,00

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Cuadro dedicado a indicadores de “Pertinencia” de actividades sanitarias que evalúa, en cierta medida, la calidad del sistema.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: Tasa de cesáreas y porcentaje de reingresos.
Peor que el promedio y la CC. AA. mejor: % de colecistectomía por laparoscopia y % de reingresos tras cirugía programada (peor que el dato promedio, mejor que la peor CC. AA.).

Indicadores de uso (2017/18)					
	Valor máxi. en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de P. Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Diferencia % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Frecuentación en medicina de A.P. por persona asignada/año	6,81	5,08	5,17	1,65	-24,16
Frecuentación en pediatría de A.P. por asignado menor de 15 años/año	6,04	4,89	5,50	12,43	-8,99
Frecuentación en enfermería de A.P. por persona asignada/año	4,10	2,83	4,10	44,66	0,00
Frecuentación en consultas de At. especializada por 1000 hab./año	2.914,27	2.218	2.647	19,35	-9,17
Frecuentación en consultas de atención especializada (% SNS)	100,00	79,95	92,71	15,96	-7,29
Frecuentación de ingresos hospitalarios por 1000 hab./año	151,80	116,81	151,80	29,95	0,00
Frecuent. de hospitalización (% SNS)	100,00	76,35	85,63	12,15	-14,37
Frecuentación en hospitales de día por 1000 hab./año	237,08	135,49	203,85	50,45	-14,02
Frecuentación registrada en hospitales de día (% SNS)	100,00	92,10	81,70	-11,28	-18,30
Tasa de intervenciones quirúrgicas por 1000 hab./año	142,40	113,94	138,88	21,89	-2,47
Tasa intervenciones quirúrgicas (% SNS)	100,00	69,81	80,44	15,23	-19,56

	Valor máx. en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Diferencia % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Tasa de uso de TAC (% SNS)	100,00	83,41	83,54	0,16	-16,46
Tasa de uso de resonancia magnética (% SNS)	100,00	60,49	43,15	-28,67	-56,85
Tasa de uso de hemodialisis (% SNS)	100,00	83,54	100,00	19,70	0,00
Estancia media (EM)	9,98	6,76	6,12	-9,43	-38,70
Estancia media ajustada por la casuística (EMAC)	6,68	5,72	5,39	-5,74	-19,31
Índice de estancia media ajustada (IEMA)	1,17	1,00	0,96	-3,55	-17,86
Porcentaje de cirugía ambulatoria en SNS	52,28	47,15	41,01	-13,03	-21,55

Comentarios. Cuadro que compara indicadores de uso.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: en los diversos apartados de frecuentación en A.P. y A. Especializada, datos mejores que el promedio nacional, aunque peores que la CC. AA. con mejores datos. También mejores tasas de intervenciones quirúrgicas, uso de Tac, de hemodiálisis, y mejor en todos los casos comparados de estancia.

Peor que el promedio y la CC. AA. mejor: Peor en el uso de RMN y de cirugía ambulatoria.

Indicadores de Seguridad (2017/2018)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Tasa de infección hospitalaria	1,89	1,25	1,13	-9,62	-40,00
Mortalidad intrahospitalaria global cada 100 altas hospitalarias	5,64	4,65	4,49	-3,50	-20,37

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Se comparan dos indicadores de calidad del sistema, en los que Euskadi obtiene muy buenos resultados.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: tanto en la Tasa de infección hospitalaria como en la mortalidad intrahospitalaria global, los resultados del País Vasco son mucho mejores que los del promedio nacional.

Indicadores de Recursos (2018)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Personal médico en atención especializada por 1000 hab.	2,53	1,98	2,30	16,51	-9,06
Personal médico en atención especializada por 1000 hab. (% SNS)	100,00	91,97	96,24	4,65	-3,76

	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas	1,11	0,77	0,80	2,82	-28,04
Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab.	4,94	3,45	4,94	43,36	0,00
Personal de enfermería en At. especializada por 1000 hab.(% SNS)	100,00	90,25	93,82	3,96	-6,18
Personal de enfermería en At. Primaria por 1000 personas asignadas	0,94	0,66	0,69	3,38	-26,90
Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab.	3,88	2,98	3,23	8,43	-16,94
Camas hospitalarias en funcionamiento (% SNS)	100,00	80,70	82,07	1,70	-17,93
Puestos en hospitales de día por 1000 hab.	0,85	0,46	0,63	37,80	-25,97
Puestos en hospitales de día por 1000 hab. (% SNS)	100,00	87,94	87,62	-0,37	-12,38
Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab.	12,07	9,79	10,59	8,19	-12,30
Quirófanos en funcionamiento (% SNS)	1 00,00	71,44	75,22	5,29	-24,78

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Este cuadro compara datos de número Recursos: personal, camas hospitalarias y de hospital de día y de quirófanos en funcionamiento.

Mejor que el promedio: En todas las comparaciones, los datos son mejores que el promedio nacional (excepto en hospital de día en % SNS).

Peor que la CC. AA. Mejor: Euskadi obtiene peores datos que las CC. AA. que obtienen mejor resultado en cada apartado.

Indicadores de Opinión (2018)					
Grado de satisfacción del ciudadano con...	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
... el funcionamiento del sistema sanitario público	7,28	6,57	7,10	8,01	-2,50
... el conocimiento del historial y seguimiento de sus problemas de salud por médico Familia/pediatra	8,11	7,48	7,52	0,45	-7,30
... la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud	8,16	7,45	7,45	0,00	-8,71
Población total	8.403.349	46.549.056	2.168.257		

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Indicadores de opinión de la ciudadanía.

Mejor que el promedio: sobre el funcionamiento del sistema sanitario y sobre el conocimiento del historial. Peor que la CC. AA. mejor: en las tres comparaciones.

Indicadores de Efectividad (2018)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo	14,05	11,12	10,03	-9,80	-28,61
Incidencia interrupciones voluntarias del embarazo en menores de 20 años	11,29	8,96	6,98	-22,10	-38,18
Nacidos de madres menores de 20 años.	3,36	1,99	1,19	-40,08	-64,45
Nº pacientes con insuf. renal crónica con trasplante renal funcionante por millón hab.	842,60	691,00	799,40	15,69	-5,13
Incidencia gripe por cada 100.000 hab.	4.131,25	1.722,82	2.405,69	39,64	-41,77
Incidencia de hepatitis B por cada 100.000 hab.	3,10	1,05	0,92	-12,38	-70,32

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Se compara la Efectividad desde varios indicadores de calidad del sistema sanitario.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: en todos los resultados (excepto en la incidencia de gripe de ese año).

Indicadores de Accesibilidad (2018)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Cobertura (%) de personas mayores de 64 años vacunadas frente a la gripe	64,55	54,17	57,99	7,06	-10,17
Porcentaje de población cubierta por el sistema sanitario público	99,75	99,02	99,57	0,55	-0,18
Pacientes en espera para una intervención quirúrgica no urgente x 1000 hab.	23,32	14,85	8,32	-43,99	-64,32
Pacientes en espera para una 1ª consulta en At. Especializada x 1000 hab.	86,19	61,84	15,51	-74,93	-82,01
Tiempo medio de espera (días) para una intervención quirúrgica no urgente	164,13	115,29	48,98	-57,52	-70,16
Tiempo medio de espera para una 1ª consulta Atención Especializada	129,54	80,88	23,27	-71,23	-82,04

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Se analizan y comparan datos de accesibilidad.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor: mejor en todos los resultados. Solo es peor en dos apartados en la comparación con la CC. AA. con mejores resultados.

Indicadores determinantes biológicos y sociales (2017/18)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Prevalencia de sobrepeso en población de 18 y mas años	44,98	37,07	35,91	-3,13	-20,16
Prevalencia sobrepeso en pobla. infantil	25,75	18,26	13,59	-25,58	-47,22
% de recién nacidos a término con bajo peso	4,70	3,98	3,11	-21,88	-33,93
% de recién nacidos prematuros	8,80	7,38	6,11	-17,30	-30,63
Tasa de pobreza	38,30	21,50	8,60	-60,00	-77,55
% población de 25/64 nivel estudios de 1ª Etapa de educ. secundaria o inferior	55,00	39,90	28,30	-29,07	-48,55
% de población de clase social baja	57,58	46,94	40,91	-12,84	-28,94

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Se analizan y comparan varios resultados que miden factores determinantes biológicos y sociales de la salud.

Mejor que el promedio y la CC. AA. Mejor: los datos que obtiene Euskadi en cada uno de los apartados es mejor que el promedio nacional y que la CC. AA. que obtiene los datos más elevados (que en este caso significan peor resultado).

Indicadores de estilos de vida (2017/18)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Prevalencia de consumo de tabaco en población adulta	24,76	22,08	19,80	-10,33	-20,03
% de bebedores de riesgo de alcohol	4,73	1,55	1,99	28,79	-57,89
% de consumidores de cannabis entre la población de 15 a 64 años	14,45	11,01	11,08	0,67	-23,34
% de consumidores de cannabis en escolares adolescentes de 14 a 18 años	33,20	27,50	33,00	20,00	-0,60
Prevalencia de sedentarismo en población adulta	65,05	37,81	32,73	-13,44	-49,69

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Comentarios. Se analizan los estilos de vida a través de varios indicadores, como la ingesta de alcohol, tabaco, cannabis y sedentarismo.

Mejor que el promedio: los datos de Euskadi son mejores en todos los indicadores comparados con la CC. AA. que obtiene (en este caso) peor resultado. Y también tiene mejor resultado que el promedio nacional en consumo de tabaco y sedentarismo.

Peor que el promedio: en bebedores de alcohol y consumo de cannabis.

Indicadores de mortalidad y morbilidad (2017/18)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Tasa de mortalidad general ajustada por edad por 100 000 hab.	565,78	445,02	417,69	-6,14	-26,18
Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100 000 hab.	9,57	6,44	6,37	-0,94	-33,39
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	8,94	2,72	2,34	-13,87	-73,80
Tasa de mortalidad perinatal	16,98	4,47	5,19	16,06	-69,43
Incidencia de accidentes de trabajo	4.996,33	3.408,70	3.390,18	-0,54	-32,15
Índice de frecuencia de acc. de trabajo	31,22	21,97	24,64	12,17	-21,06

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Aclaraciones:

- Incidencia de accidentes de trabajo; Fórmula: $(a / b) * 100.000$.

a= Número de accidentes en jornada de trabajo y que causan baja laboral, en un año.

b= Media anual de afiliados a regímenes de la S.S. con la contingencia de accidente de trabajo cubierta.

- Índice de frecuencia de accidentes de trabajo; Fórmula: $(a / b) * 1.000.000$

a= Accidentes en jornada de trabajo que causan baja, en un año.

b= Media anual de afiliados a regímenes de la S.S. con la contingencia de accidente de trabajo cubierta, multiplicado por el número medio de horas efectuadas anualmente por trabajador.

Comentarios. Comparativa de varios indicadores de morbilidad y mortalidad.

Mejor que el promedio y la CC. AA. mejor (en este caso peor): Euskadi mejora todos los datos en comparativa con la CC. AA. que obtiene mejores datos (o peores, según el caso). Peor que el promedio: en la tasa de mortalidad perinatal y en el índice de frecuencia de accidentes de trabajo.

Indicadores sociodemográficos y de bienestar (2017)					
	Valor máximo en una CC. AA.	Valor promedio nacional	Valor de País Vasco (PV)	Diferencia % con el promedio nacional	Dif. % con la CC. AA. que obtiene el valor máximo
Índice de dependencia	60,09	53,83	59,14	9,87	-1,58
T. de natalidad por 1000 nacidos vivos	15,82	8,41	7,88	-6,30	-50,21
Edad media materna	32,93	32,08	32,93	2,64	0,00
Esperanza de vida al nacer	85,08	83,25	84,00	0,90	-1,26
Esperanza de vida a los 65 años	22,76	21,40	22,01	2,86	-3,31
Años de vida saludable al nacer	71,61	63,20	66,10	4,59	-7,70
Años de vida saludable a los 65 años.	14,17	10,09	12,36	22,49	-12,80
% de población con valoración positiva de su estado de salud	81,88	74,02	71,08	-3,97	-13,19

Elaboración propia. Fuente: Estadística del gasto sanitario Público (EGSP) del MSCBS.

Aclaraciones:

- **Índice de dependencia; Fórmula:** $(a / b) * 100$.

a= Número de personas de menos de 15 años+ número de personas de más de 64 años, en un año.

b= Número de personas de 15 a 64 años en ese año.

Comentarios. Se comparan varios indicadores sociodemográficos y de bienestar.

Mejor que el promedio: Euskadi obtiene mejores resultados que el promedio en todos los indicadores comparables, excepto en el indicador de porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud.

Peor que la CC. AA. mejor: Euskadi obtiene peores datos que la CC. AA. con mejor resultado en cada parámetro comparado.

Conclusiones

Se han analizado y comparado diversos datos e indicadores sanitarios, comparando los resultados de Euskadi con el promedio nacional para cada parámetro.

La gran mayoría de datos y resultados sanitarios comparados muestran que los datos que obtiene Euskadi son generalmente mejores que la media que obtienen las CC. AA. españolas. Este resultado puede estar basado en el mayor gasto, sostenido a lo largo de los años, que realiza Euskadi en sanidad.

En la Constitución Española, art. 43.1 se reconoce el derecho a la salud a todas las personas que residan en España. Varias leyes han desarrollado este principio fundamental: la Ley 14/1986 General de Sanidad de 1986, la Ley 33/2001 General de Salud Pública, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS. Este principio fundamental garantiza, entre otros, el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario en igualdad de condiciones, con independencia de la CC. AA. en la que vivan. En principio, el SNS es un todo coordinado, compuesto por el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las CC. AA. Con la transferencia de competencias en sanidad a las CC. AA. se buscaba, entre otras razones, una mayor cercanía a la ciudadanía en la asistencia sanitaria.

Administración del Estado	Bases y coordinación de la Sanidad Sanidad Exterior Política del Medicamento Gestión de INGESA	Consejo Interterritorial del SNS
CC. AA.	Planificación Sanitaria Salud Pública Gestión Servicios de Salud	
Corporaciones Locales	Salubridad Colaboración en la gestión de los servicios públicos	
REPARTO DE COMPETENCIAS		

Elaboración propia. Fuente: SNS, Ministerio de Sanidad.
Gráfico basado en la información del SNS⁸⁵; Ministerio de Sanidad.

Pero la realidad parece decir otra cosa: que las Comunidades Autónomas toman algunas decisiones distintas en cuanto a la inversión, al gasto sanitario, a la forma de gestionar las listas de espera, en la cantidad de trabajo que se cede mediante Conciertos a las empresas sanitarias privadas, etc. Más parece una versión ligera de una especie de “Reinos de Taifas” que un Sistema Nacional de Salud coordinado. También se han visto estas diferencias durante este año de pandemia en cuanto a las diversas formas de actuar de cada CC. AA. para afrontar el reto pandémico.

Capítulo 6.

Relato de lo sucedido este último año

Primeros casos en el mundo (información obtenida de múltiples páginas Web, periódicos diversos, Wikipedia, etc.).

Sobre el origen del virus: «*En lo que respecta a la OMS, todas las hipótesis siguen sobre la mesa (...) Todavía no hemos encontrado el origen del virus, y debemos continuar basándonos en la ciencia al tiempo que no dejamos ninguna piedra sin remover,*» dijo el **Director⁸⁶ General de la OMS Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus**.

Sigue habiendo muchas dudas (y secretismo) sobre el caso cero (el origen real del coronavirus SARS-CoV-2). Según el periódico⁸⁷ de Hong Kong *South China Morning Post* publicado el 13-03-2020 dice: “*Exclusive Coronavirus: China’s first confirmed COVID-19 case traced back to November 17*”, sugieren que el primer paciente fue una persona de 55 años, residente de la provincia de Hubei, que contrajo la enfermedad el 17 de noviembre de 2019. Posteriormente, el 1-12-2019, en China se confirmaron 27 casos con origen en Wuhan.

Desde el inicio de los casos se ha especulado con que el virus se pudiera haber creado en un laboratorio en Wuhan, y aún persisten los rumores. El día 25 de mayo de 2021, Glenn Kessler ha escrito en el periódico *The Washington Post*⁸⁸ el artículo titulado “**Timeline: How the Wuhan lab-leak theory suddenly became credible**” (Cronología: cómo la teoría de las fugas de laboratorio de Wuhan de repente se volvió creíble). Es recomendable su lectura.

A partir de enero de 2020 se fueron comunicando casos en varios países, entre los días 13 y 25 de enero: Tailandia, Japón, Corea del Sur, EE. UU., Taiwán, Macao, Hong Kong, Singapur, Vietnam, Francia, Nepal, Australia, y Canadá, con la característica común que todos los pacientes confirmados procedían de Wuhán. Después ya se comenzaron a reportar casos en diversos países con pacientes de otras procedencias. El **primer caso comunicado en España** fue el de un turista alemán que estaba en La Gomera, confirmado el 31 de enero.

El 5 de enero de 2020, un laboratorio en Shanghái a cargo de Zhang Yongzhen secuenció el virus del brote y dijo que se trataba de un nuevo virus similar al SARS-CoV (*Zhang es profesor en la Universidad Fudan de Shanghái y trabaja en el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades*). La oficina de Zhang comunicó a la Comisión Nacional de Salud que se tomaran medidas de precaución en lugares públicos. La información no se dio a conocer al público, ya que el gobierno chino, a través de disposiciones legales previas, impedía a los laboratorios publicar información sobre el virus en ese momento, pero Zhang

envió los datos del genoma al Centro Nacional de Información biotecnológica de los Estados Unidos y notificó a la autoridad sanitaria municipal de Shanghái, argumentando que no estaba al tanto de la orden.

El 6 de enero, la CDC de los EE. UU. emitió una alerta de viaje de nivel 1 a la ciudad de Wuhan, con recomendaciones de lavado manos, evitar el contacto con animales y no visitar mercados que vendieran animales. *El 9 de enero la OMS confirmó que un nuevo tipo de coronavirus había sido aislado en una persona hospitalizada.* El mismo día, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades publicó su primera valoración de riesgo. *La OMS también informó que las autoridades chinas habían actuado rápidamente,* identificando el nuevo coronavirus en las primeras semanas tras el estallido del brote. La primera muerte a causa del virus ocurrió en un hombre de 61 años que era un cliente habitual del mercado de Wuhan. El 11 de enero la OMS publicó una guía inicial con consejos de viaje, pruebas de laboratorio e investigación médica.

España. Al principio todos escuchábamos las noticias en la radio, en las cadenas televisivas, y algunos editoriales en los periódicos, entre incrédulos y preocupados (tal vez poco preocupados), pensando que se trataba de una “gripe rara” y que, tal vez, no sería demasiado grave. Eran unos casos muy lejanos, tanto en la distancia como en lo cultural: algún mercado de animales vivos en China parecía el origen probable. Pero a medida que pasaban los días la realidad triunfó, y nos dio un tremendo mazazo que nos concienció y nos llenó de temor. El Gobierno de España decretó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario... seguramente más tarde de lo que hubiera sido ideal. Desde entonces hemos aprendido el significado de expresiones como el “pico de la ola”, “desescalada”, “distancia de seguridad”, “estado de alarma”, “confinamiento perimetral”...

También hemos “padecido” las tremendas discrepancias entre unos políticos *contra* los otros, la “mala información” que se ha publicado (a veces por ser excesiva, otras por contener noticias falsas, otras por la crispación que provocaban), el mensaje de los “negacionistas” que han consumido mucho tiempo y espacio en tertulias televisivas, los buscadores de “libertad” y en contra de todo tipo de restricciones, pero, sobre todo, la “solidaridad” y el cumplimiento de las normas de la inmensa mayoría.

Normas aplicadas y restricciones impuestas en este periodo

El Gobierno aprobó el **14 de marzo de 2020** declarar el **primer Estado de Alarma en todo el territorio español** para afrontar la situación de emergencia sanitaria provocada por el COVID-19. Durante el periodo establecido se decretó la restricción de la circulación de los ciudadanos, la garantía en el suministro de alimentos y productos necesarios para la salud pública, la regulación de la apertura de la hostelería, la restauración y los locales donde se realizaran actividades culturales, artísticas, deportivas y similares, la priorización del trabajo a distancia y la suspensión de la actividad escolar presencial. El ministro de Sanidad tuvo bajo sus órdenes directas a las autoridades civiles de las Administraciones Públicas de todo el país, en particular las sanitarias. En el Parlamento **se aprobaron 6 prórrogas**, y la última concluyó en 21 de junio 2020 a las 00:00 horas.

El **segundo estado de alarma** por el COVID-19 fue declarado por el Gobierno el **9 de octubre** y **concluyó el 24 de octubre de 2020**. El **último estado de alarma** se aprobó el **25 de octubre de 2020**, y fue prorrogado el 11 de noviembre, con una vigencia de 6 meses, que **ha concluido a las 00:00 horas de 9 de mayo de 2021**.

Durante este tiempo se ha limitado la circulación de las personas por las vías o espacios de uso público entre las 23:00 y las 6:00 horas (con diversas excepciones); se ha restringido la entrada y salida de personas del territorio de cada comunidad o ciudad autónoma (con excepciones); se ha limitado la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados a un máximo de seis personas, salvo que se trate de convivientes; y se ha limitado la permanencia de personas en lugares de culto. Además, cada CC. AA. ha aplicado diversas variaciones a todo esto.

Datos de contagios

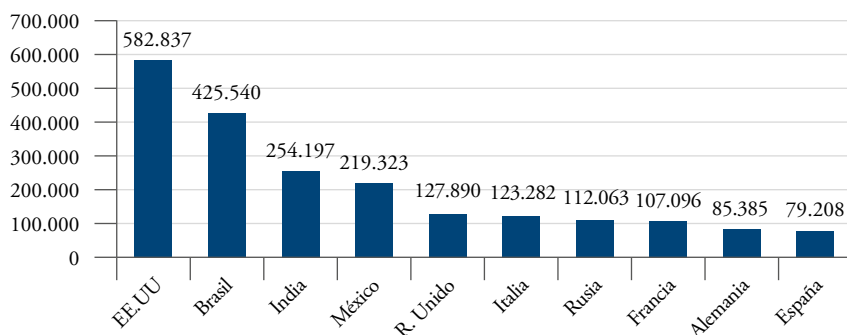
A **13 de mayo de 2021** hay 3.598.452 casos confirmados en España (51.840.559 en Europa y 160.588.816 en el mundo, destacando 32.824.028 en EE. UU., 23.703.665 en India, 15.359.397 en Brasil, 5.882.882 en Francia, 5.072.462 en Turquía, 4.857.303 en Rusia, 4.460.404 en R. Unido, 4.139.160 en Italia, 3.574.067 en Alemania, 3.215.572 en Argentina, 3.048.719 en Colombia...).

Entre los casos confirmados de las CC. AA. destacan Madrid (700.152), Catalunya (599.033), Andalucía (565.201), C. Valenciana (392.262), C. y León (226.475), País Vasco (192.490), C. La Mancha (189.088)... En España han fallecido hasta esta fecha 79.281 a causa de la COVID-19 y con prueba confirmada (3.334.587 en todo el mundo, destacando 583.832 en EE. UU., 258.317 en India, 428.034 en Brasil, 107.280 en Francia, 112.795 en Rusia, 127.912 en R. Unido, 123.745 en Italia, 85.718 en Alemania, 79.261 en Colombia, 219.590 en México, 76.231 en Irán, 71.021 en Polonia...).

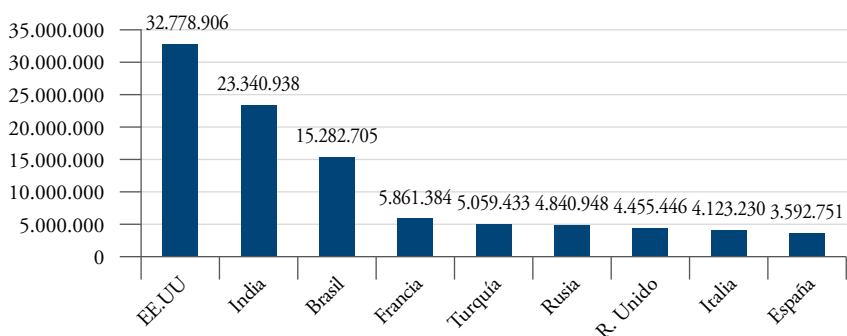
Es España se han distribuido 23.107.595 dosis de vacunas entre las CC. AA., de las cuales ya han sido administradas 20.623.815 y hay 6.502.978 personas con la pauta completa.

Una fecha para la comparativa de datos de la COVID-19: El día 12 de mayo de 2021. *España ocupa el 10 lugar del mundo en número total de muertes (cuando es el 30 por N.º de habitantes); el 9 lugar por número de casos confirmados; el 20 lugar en el N.º de muertes por millón de habitantes; el 13 por número total de vacunas inyectadas y el 22 en % de número de personas totalmente vacunadas...*

Países más afectados. Muertes a causa de la COVID-19 hasta 12/05/2021

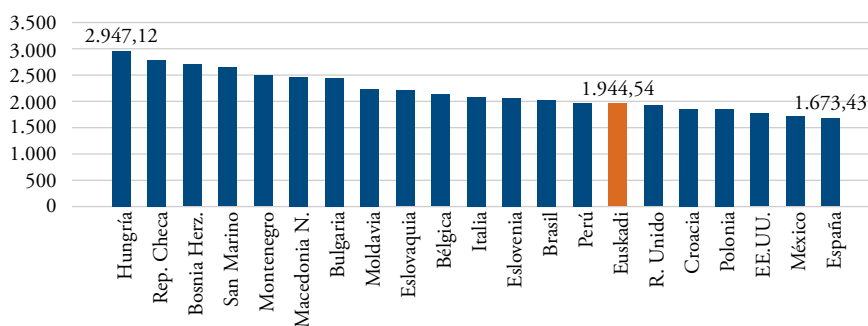


Países más afectados. Casos confirmados COVID-19 hasta 12/05/2021

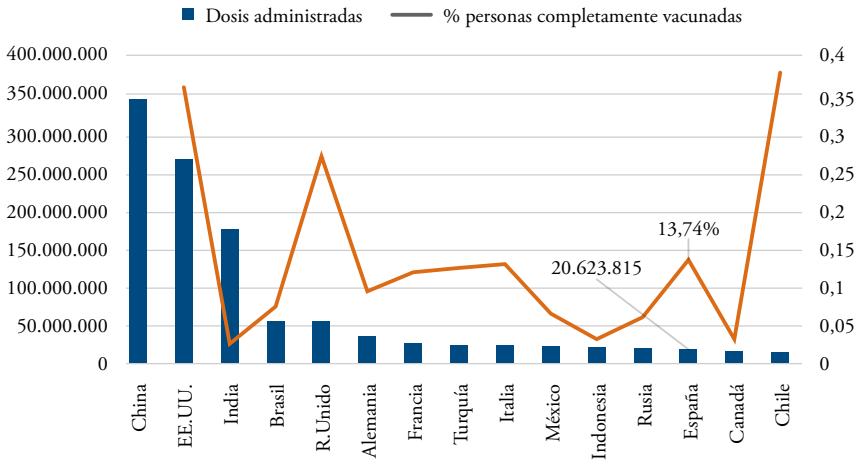


Nota: Los *datos que se aportan sobre COVID-19* tienen tres fuentes fundamentales de consulta: Ministerio de Sanidad⁸⁹, la Johns Hopkins⁹⁰ University⁹¹ of Medicine y DatosMacro⁹² y también de Gobierno Vasco⁹³. Cuando sean de otra fuente se hará constar.

Países más afectados. Muertos por millón de habitantes hasta 12/5/21

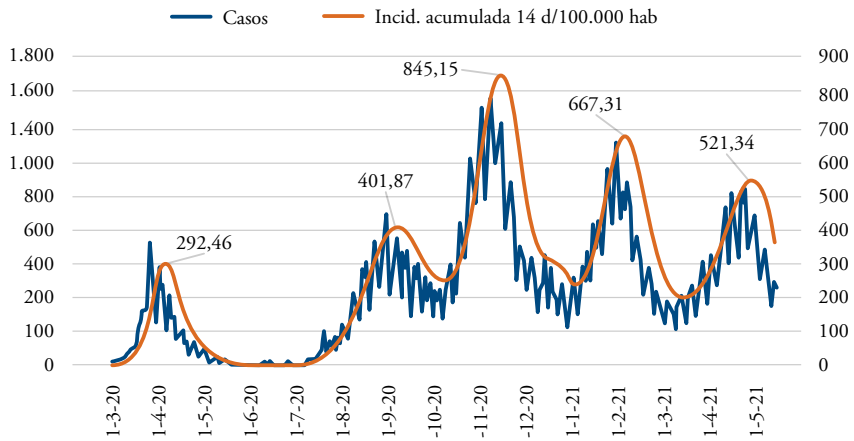


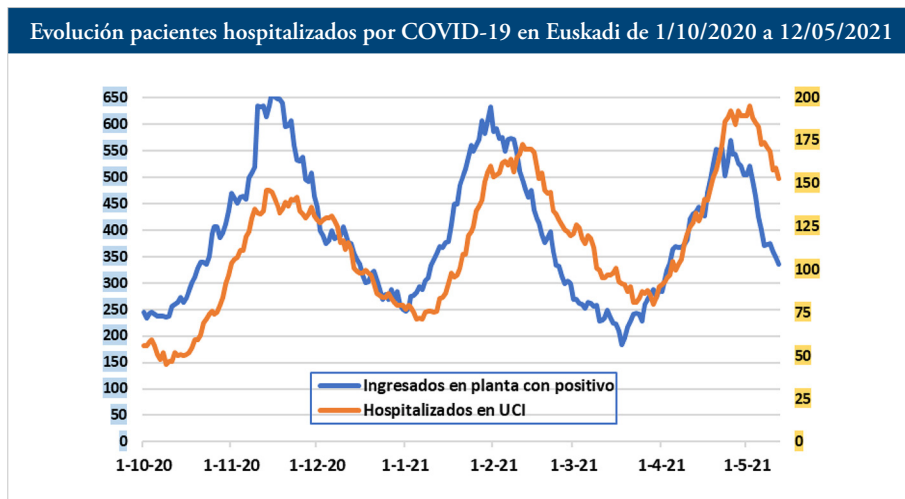
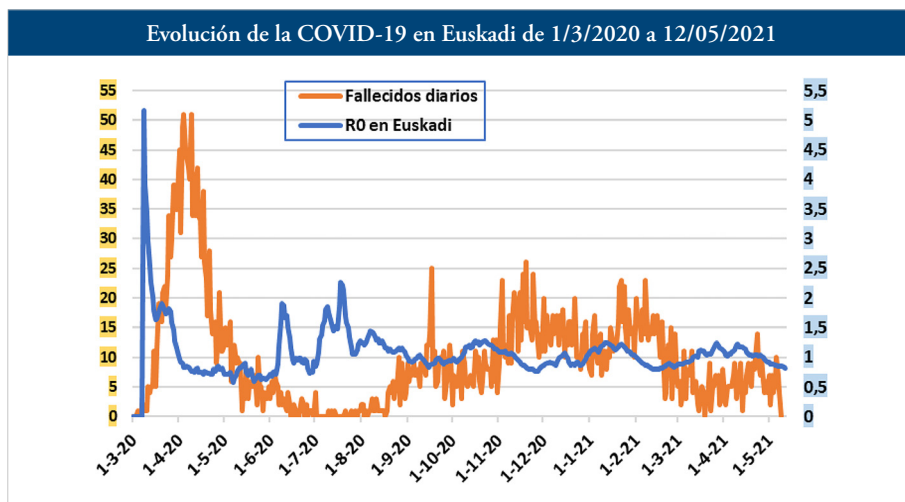
Vacunación contra la COVID-19 en el mundo hasta el 12/5/2021



Datos de contagios de Euskadi

Evolución de la COVID-19 en Euskadi de 1/3/2020 a 12/05/2021





Evolución en Euskadi: en Euskadi se han sucedido 5 “olas” como puede comprobarse en el primer gráfico. En el momento que se escribe este apartado (13 de mayo) la última ola está en remisión, aunque los datos de Euskadi todavía son muy preocupantes. Las tasas de Incidencia acumulada 14d/100 mil han destacado en muchos momentos de estos 15 meses por ser muy elevadas comparativamente con otras CC. AA. (incluso con muchos otros países). Hoy 13 de mayo todavía es de 365,73.

Con los últimos datos disponibles, en Euskadi se han producido 4.278 fallecimientos de pacientes confirmados de COVID-19, lo que supone una tasa de 1.944,54 por millón de habitantes (si lo comparamos con los países que mayor índice presentan, quedaría por delante del puesto obtenido por España, y si Euskadi fuese un país ocuparía el puesto número 15 del mundo en esta comparación).

Los ingresos hospitalarios y en las UCIs ha producido una gran preocupación, ya que durante casi todo el proceso ha mantenido una ocupación muy elevada, que incluso ha obligado a suspender intervenciones quirúrgicas programadas, etc. En este momento comienza a descender, pero aún es muy elevada la ocupación.

El caos en las residencias de mayores

Las residencias de personas mayores han vivido un año nefasto para sus residentes, los familiares de éstos y los trabajadores de esas instituciones. La pandemia ha puesto de manifiesto algunas importantes carencias del sistema de cuidados de las personas mayores, en especial en las residencias y la escasa coordinación de centros e instituciones de mayores con el sistema sanitario.

El 3 de marzo de 2020 se contabilizó la primera muerte confirmada. Desde ese día han muerto en España 29.511 personas en residencias de personas mayores, cifra que incluye los muertos confirmados (18.965 **hasta el 14/3/21**) y los 10.546 que fallecieron con síntomas compatibles con la COVID-19, y que principalmente se produjeron durante la primera ola.

Los datos publicados por el IMSERSO⁹⁴ dan cuenta del coste de la epidemia en los centros de mayores que han sido duramente golpeados. Se expone a continuación un cuadro con los *datos a 14 de marzo de 2021*.

Es preciso investigar si se siguieron protocolos que impedían el traslado de residentes de estas instituciones, y/o si se actuó con negligencia y/o descontrol, o por inacción de los gobiernos de algunas CC. AA. en las residencias. *Hasta este momento (14/3/21) se ha contagiado de COVID-19 el 31,26% del total de residentes en residencias de mayores en España, y ha fallecido el 10,46% por esta causa.*

Incidencia COVID-19 en residencias para personas mayores			
	Nº total residentes	Nº total residentes COVID-19 confirmado	Nº total fallecidos residentes COVID-19 confirmado
Andalucía	18.562	9.657	2.130
Aragón	14.724	7.119	826
Asturias	11.068	2.787	701
Baleares	4.078	1.414	258
Canarias	6.915	137	73
Cantabria	5.543	1.941	276
C. y León	35.949	16.753	2.910
C. La Mancha	24.423	7.790	1.624
Catalunya	44.062	11.116	3.336
C. Valenciana	20.317	9.991	1.724
Extremadura	13.098	4.029	776
Galicia	17.856	4.237	760

	Nº total residentes	Nº total residentes COVID-19 confirmado	Nº total fallecidos residentes COVID-19 confirmado
Madrid	37.941	1.471	1.485
Murcia	4.198	1.175	319
Navarra	5.181	1.962	399
País Vasco	15.133	6.197	1.090
La Rioja	2.661	378	273
Ceuta	165	7	3
Melilla	210	22	2
Total	282.084	88.183	18.965
Fallecidos compatible COVID NO confirmados hasta 22/06/20			10.546

Elaboración propia. Fuente: IMSERSO, actualización nº 3 de 14/3/21.

En diciembre de 2020, **Amnistía Internacional**⁹⁵ presentó un informe titulado *“Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia covid-19 en España”*.

Entre sus conclusiones destaca lo siguiente: *“Las medidas adoptadas por las autoridades españolas para responder a la pandemia COVID-19, en particular en Cataluña y Madrid, han sido inadecuadas y han vulnerado los derechos humanos de las personas mayores que vivían y viven en residencias; en concreto, el derecho a la salud, a la vida y a la no discriminación. No solo eso, sino que las decisiones de las autoridades han impactado también en el derecho de las personas residentes a la vida privada y familiar...”*.

Centros penitenciarios

En España están recluidas un total de 55.000 personas en los diversos centros penitenciarios. En dichos centros trabajan aproximadamente 21.000 funcionarios/as.

A continuación, se expone un cuadro con los datos suministrados en el último **Informe de Instituciones Penitenciarias**⁹⁶, en el que consta el número de residentes y de trabajadores contagiados de COVID-19.

COVID-19 en Instituciones Penitenciarias		
	Casos confirmados	Fallecimientos
Trabajadores/as	1.720	5
Internos/as	1.987	8

Elaboración propia. Fuente: Instituciones Penitenciarias, Informe de 25/03/21.

Este próximo contiene datos sobre población reclusa⁹⁷:

Población reclusa en España Evolución de la media semana 12/2021			
Año	Media	Año	Media
2012	70.126	2017	60.087
2013	68.442	2018	59.342
2014	66.416	2019	59.181
2015	64.562	2020	56.698
2016	61.103	2021	55.182

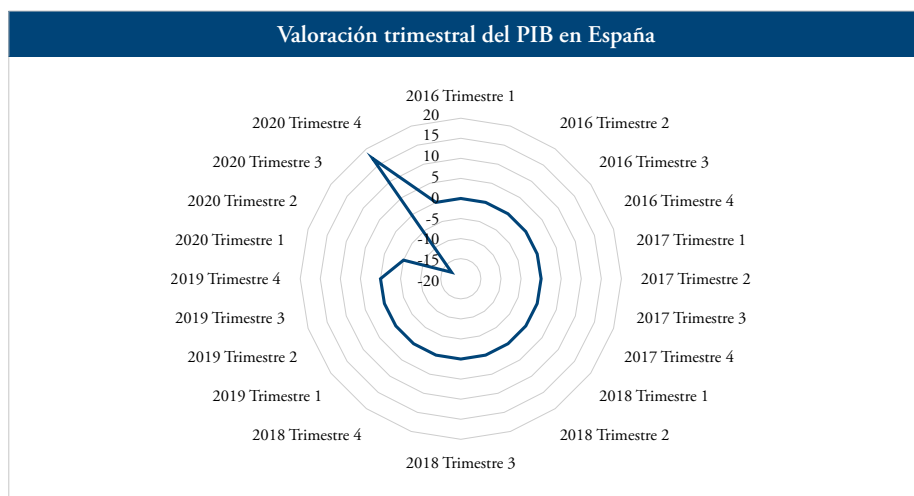
Elaboración propia. Fuente: Instituciones Penitenciarias.

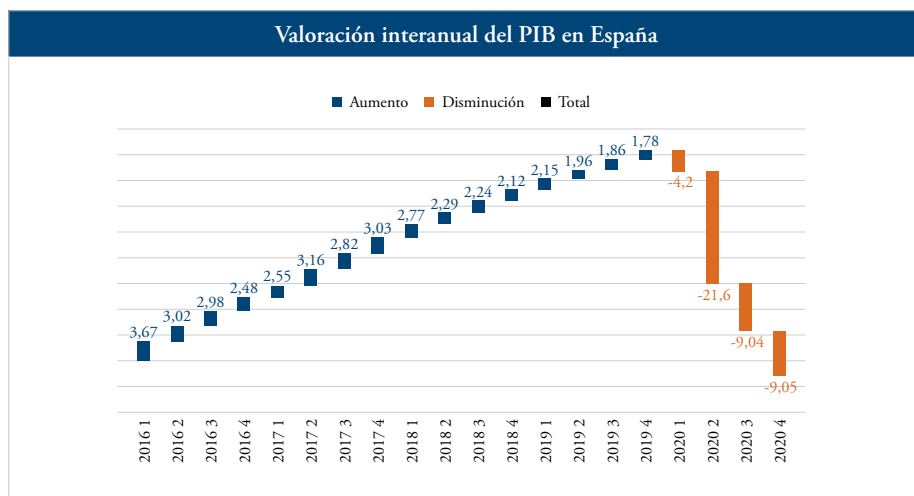
En cuanto al *personal que presta servicios en las 68 prisiones, dos psiquiátricos penitenciarios y 13 Centros de Inserción Social (CIS) operativos*, a finales del año 2020 tenían en plantilla **21.059 funcionarios efectivos** (aunque según la Relación de Puestos de trabajo (RPT) debería haber 24.346 funcionarios).

En resumen, **se habían contagiado el 3,6% de los internos/as y el 8,17% de los/as trabajadores/as** (como referencia, hasta este momento, en España se ha contagiado el 6,9% de la población total).

La Economía Española durante la crisis

La pandemia de la COVID-19 ha provocado un cataclismo en todo el mundo, tanto en el ámbito sanitario como en el económico⁹⁸, social, legislativo, etc.⁹⁹.





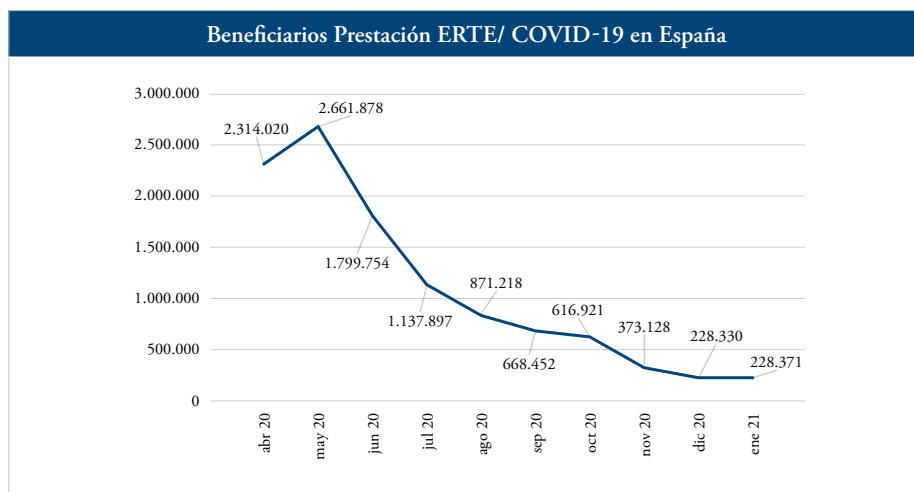
En España el **Producto Interior Bruto** ¹⁰⁰ (PIB) ha sufrido una extraordinaria caída durante el 1er y (sobre todo) en el 2º trimestre de 2020, presentando una importante recuperación en el 3º y 4º trimestres de 2020, aunque en el saldo global del año 2020 en comparación interanual se arrastra una pérdida del PIB español del – 9,05%.

Crisis en el empleo



Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el efecto de la pandemia en el mundo durante 2020 ha provocado una gran destrucción de empleo y gran reducción del número de horas trabajadas, que cuantifican en una pérdida aproximada de 255 millones de empleos a nivel mundial. Para España calculan una pérdida de empleo de unos 2 millones de puestos de trabajo. Es preciso apuntar que, *en España, mucho empleo*

se ha salvado (de momento), gracias a los llamados ERTes (Expedientes de Regulación Temporal de Empleo). El año 2020 cerró con 755.613 personas protegidas por ERTE.



A esos datos hay que añadir el número de autónomos con cese temporal de actividad.

Turismo, Hostelería, Comercio

El sector turístico ha sufrido un importantísimo impacto en lo laboral y en lo económico, con muy importantes caídas de actividad y recaudación. La llegada de turistas ha caído un 77% respecto a los datos de 2019, pasando de 83,5 millones de visitantes a menos de 19 millones. En 2019 el sector del turismo aportó al PIB nacional el 12,4%, en cambio en 2020 ha caído hasta el 5,5%, pasando de los 300.711 millones de euros en 2019 a 109.884 millones en 2020.

La actividad de la hostelería cayó, de noviembre a noviembre 2019/2020 en un - 51,3%, siendo la parte más afectada la de los alojamientos (caída del -67,4%).

Nota: información obtenida de Statista¹⁰¹ y de la Mesa del Turismo -Universidad de Nebrija^{102, 103}.

Los jóvenes frente a la COVID-19

Datos de **empleo**¹⁰⁴ juvenil (de 16 a 29 años): en marzo de 2021 había 740.095 jóvenes en paro (110.796 más que un año antes en esta misma fecha), aunque presenta una mejoría respecto al mes anterior (febrero 2021) con 23.367 parados menos. En total, en marzo 2021 había 3.949.640 parados en España, y los 740 mil de la franja de jóvenes de 16 a 29 representa el 18,74% del total de parados.

En el *País Vasco* hay 22.497 parados en esta franja de edad, habiendo aumentado con respecto al mes anterior en 414 parados más. En total, en marzo 2021 había 130.021

parados en Euskadi, y los 22 mil de la franja de jóvenes de 16 a 29 representa el 17,30% del total de parados.

Otros datos relacionados con la COVID-19: Del “Informe juventud¹⁰⁵ en España 2020”, de INJUVE. Son destacables las siguientes conclusiones sobre impacto:

- *El 90% de los jóvenes declara que las cumplió estrictamente, incluso aunque a veces no estuviera de acuerdo con ellas o dudara de su efectividad.*
- *Los primeros estudios ya demuestran cómo algunos estudiantes están sufriendo los estragos de la pandemia más que otros, profundizando la huella de la desigualdad preexistente.*
- *Los datos confirman que la protesta ilegal es marginal, apenas hubo participantes en las protestas en la calle. El porcentaje de los que participaron en caceroladas como protesta por la gestión de la crisis fue de aproximadamente el 12%. En cambio, los y las jóvenes participaron de forma muy importante en los aplausos a los sanitarios desde las ventanas o los balcones. Finalmente, en torno a la mitad de los y las jóvenes discutieron de política durante ese tiempo y casi el 50% ayudaron a vecinos o gente que lo necesitaba, lo que da muestra, una vez más, de su implicación política y social.*

¿Qué dicen las encuestas?

Sobre la Salud Mental durante la pandemia

“Encuesta¹⁰⁶ sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19”; Centros de Investigaciones Sociológicas (CIS), se han obtenido los siguientes principales resultados:

- El 23,4% de los españoles reconoce que ha sentido miedo a morir debido a la COVID-19.
- un 35,1% reconoce que “ha llorado debido a la situación en la que estamos por el COVID-19”.
- Un 41,9% asegura haber sufrido “problemas de sueño” desde el principio de la pandemia.

Impacto en la salud mental. Otra importante encuesta en la que ha participado el personal sanitario en activo durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19, denominado “Impacto¹⁰⁷ en la salud mental del personal sanitario español de la primera ola de la pandemia COVID-19”, muestra entre sus conclusiones lo siguiente: “*Uno de cada 7 sanitarios españoles presentaron un probable trastorno mental discapacitante durante la primera oleada de COVID-19...*”.

Otro de los estudios realizados en España entre trabajadores sanitarios, “*Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak*” en sus conclusiones¹⁰⁸ dice: “*...La pandemia de COVID-19 ha revelado cuán dependientes somos como sociedad de un sistema de salud que funcione bien. Por lo tanto,*

mejorar la salud mental en el futuro y promover condiciones financieras y laborales justas entre los trabajadores de los hospitales debería ser una prioridad absoluta...”.

El “Informe¹⁰⁹ COVID-19 y discapacidades intelectuales y del desarrollo 2020”, de **Plena Inclusión**, organización que representa en España a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, entre sus principales conclusiones dice: “La situación de alerta sanitaria provocada por la COVID-19 ha acentuado situaciones de exclusión en el colectivo de personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo...”.

Ander Retolaza e Iñaki Markez, Psiquiatras y miembros de Osalde, han presentado el artículo “Salud¹¹⁰ mental y pandemia”. Allí opinan que: “... Tras más de un año de pandemia... se hace patente la vulnerabilidad física y mental de las personas y también la fragilidad de las instituciones. Esto último se ha manifestado claramente con el desbordamiento de los sistemas sanitario y sociosanitario, focalizado este último en las residencias de mayores... Hay que llamar la atención sobre el hecho de que existen otras crisis asociadas: social, económica, climática..., que hacen más graves las carencias estructurales de nuestro sistema de protección, incluida la atención a la salud mental... Las adversidades no se afrontan con psicoterapia, antidepresivos o ansiolíticos. Estas técnicas son útiles (y con limitaciones) para los trastornos mentales establecidos. Las adversidades se afrontan con el apoyo del entorno de las personas y las medidas que gobiernos y administradores sean capaces de arbitrar para atenuar el impacto social y económico de situaciones tan críticas, como lo es la presente pandemia... Una mejor salud mental precisa de dispositivos de atención psicoterapéutica, inclusión de los usuarios, buena coordinación con asociaciones de familiares y grupos de ayuda mutua con mayor acento comunitario.

“... Estamos en medio de un escenario complejo y pleno de incertidumbres. Pero también surgen nuevas opciones esperanzadoras con las campañas de vacunación y nuevos tratamientos... Pero lo que muy pocas veces se ha hecho tan visible como ahora, es la evidencia con la que los determinantes sociales y de género impactan sobre la salud y la enfermedad. De ahí la trascendencia de proponer como ineludible la dimensión social de la psiquiatría y la psicología...”.

Lucha contra la pobreza y la desigualdad

La Eurocámara realizó una encuesta¹¹¹ entre los meses de noviembre y diciembre de 2020, y sus resultados ponen de manifiesto las preocupaciones de la ciudadanía de los Estados miembros de la Unión Europea sobre la pandemia de coronavirus. Una de las conclusiones del estudio es que la ciudadanía europea cree que le incumbe a la Unión Europea desplegar soluciones efectivas para combatir las crisis y los efectos de la pandemia que estamos sufriendo.

En nuestro país las principales inquietudes son la lucha contra las desigualdades sociales, el fomento de la educación de calidad y el pleno empleo.

Economía mundial y Economía española

Transcurrido un año desde que la COVID-19 fuese declarada pandemia mundial por la OMS, el optimismo de los CEOs bate récords. Su confianza¹¹² sobre la evolución de la economía mundial y la de sus propias empresas ha rebotado en 2021, impulsada, principalmente,

por el desarrollo de la vacuna. Un hecho que se refleja en que **el 76% de los presidentes y consejeros delegados encuestados esperan una mejora** (moderada o significativa) **de la economía mundial en 2021** -muy por encima del 22% registrado el año pasado- y en que, en el caso de **los CEOs españoles, el 82%** crean que la coyuntura económica mejorará.

Percepción de la ciudadanía española de la situación económica y sanitaria

Utilizando datos de **Funcas**¹¹³, se han elaborado los dos siguientes cuadros. El primero contiene respuestas ciudadanas a las preguntas sobre cómo ven la situación económica de su hogar; y el segundo responden sobre su visión de cómo consideran que está el sistema sanitario en España en este momento. Puede verse que **las respuestas no son nada optimistas**.

Situación económica del hogar			
	Mejor, %	Igual %	Peor %
Comparada con la de antes de la pandemia, ahora es...	4	58	38
	Mejorará %	Quedará igual %	Empeorará %
De aquí a este próximo verano...	13	60	21

Elaboración Propia. Fuente: FUNCAS.

Valoración de la asistencia sanitaria				
	Muy bien/Bien %	Regular %	Mal/Muy mal %	NS/NC %
La Atención Primaria está...	45	14	35	7
La Atención Hospitalaria está...	53	8	21	18

¿A qué se debe el mal funcionamiento de la atención sanitaria?			
A los responsables políticos %	49	Imposibilidad de prever una pandemia %	27
A la mala gestión del sistema sanitario %	43	Insuficientes recursos del sistema de salud %	41
NS/NC %	5	* Se pueden contestar varias a la vez	

Elaboración Propia. Fuente: FUNCAS.

Consumo de alcohol, tabaco y diversas drogas

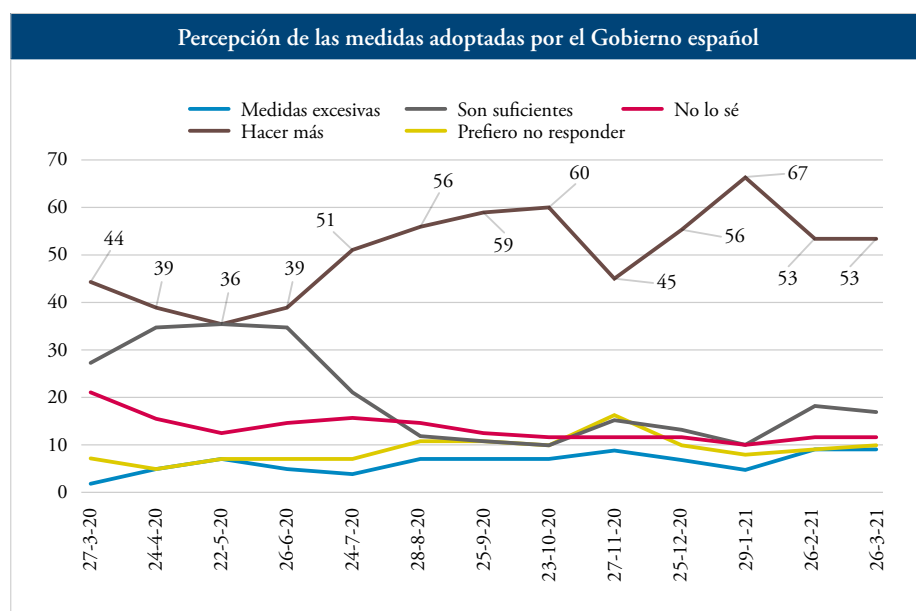
El consumo¹¹⁴ de alcohol, tabaco y cannabis ha descendido desde el inicio de la pandemia provocada por la COVID-19 en nuestro país, mientras que el uso de hipnosedantes sin receta y el consumo de horas de internet por diversión aumentó ligeramente y el juego online permaneció sin cambios.

Percepción de las diversas medidas que ha tomado el Gobierno de la nación

La *Fundación ELLIS* Alicante participa en la **Encuesta** denominada **COVID-19 ImpactSurvey**¹¹⁵, que es una de las encuestas ciudadanas de largo plazo más grandes del

mundo sobre el impacto de COVID-19 en la sociedad. Se ha centrado en España, Italia, Alemania y Brasil, con más de 500.000 respuestas anónimas, capturando la progresión de la epidemia desde el pico de marzo de 2020 hasta la segunda oleada de noviembre 2020. La encuesta continúa con un objetivo de 8.000 respuestas por semana. Esta encuesta contiene bastantes preguntas, aunque aquí sólo destacamos una: la percepción que ha tenido la ciudadanía española respecto a las diversas medidas que ha ido tomando el Gobierno de España.

En el siguiente gráfico, de elaboración propia utilizando datos de ELLIS, se toman los datos (que en el estudio se recaban cada semana), con el dato obtenido en el último tercio de cada mes. El dato que destaca durante todo el último año es la percepción ciudadana de que el gobierno debe “hacer más”, y puede verse el dato porcentual obtenido cada mes.



Encuesta UNI Global Union

UNI Global Union representa a 20 millones de profesionales y trabajadores de servicios en 150 países. Su sector UNICARE representa a 2 millones de trabajadores de cuidados en todo el mundo.

Un nuevo estudio publicado en marzo 2021 por UNI Global Union¹¹⁶ pone de manifiesto la escasez generalizada de personal, los salarios de miseria, el acoso selectivo y las condiciones peligrosas en el sistema mundial de cuidados un año después de que comenzara la pandemia de COVID-19. La encuesta ha sido realizada a personal de residencias y cuidadoras/es en 37 países.

Entre las *conclusiones principales* cabe *destacar*:

- El 52% de los trabajadores dijeron que su salario nos les permitía satisfacer necesidades básicas, como vivienda, alimentos y transporte. Por si fuera poco, un tercio de los trabajadores señalaron que no se les paga mientras esperan recibir los resultados de las pruebas para el coronavirus y casi un cuarto de ellos dijeron que no se les concedía un permiso remunerado para recuperarse en caso de enfermedad.
- El 48% de los encuestados dijeron que la dotación de personal era una de sus preocupaciones principales y alrededor del 75% dijeron que el nivel inadecuado de personal afectaba a su capacidad para prestar cuidados de calidad.
- El 31% siguen **sin tener acceso adecuado a EPI**. Un trabajador dijo a UNI: “Como personal sanitario comunitario, nunca deberíamos tener que mendigar y arañar para conseguir EPI o trabajar sin ellos”.
- El 65% de los trabajadores que han experimentado el fallecimiento de un compañero o paciente indicaron **no haber recibido apoyo de sus empleadores** para afrontar la ansiedad, el miedo y otros problemas de salud mental relacionados con su trabajo.

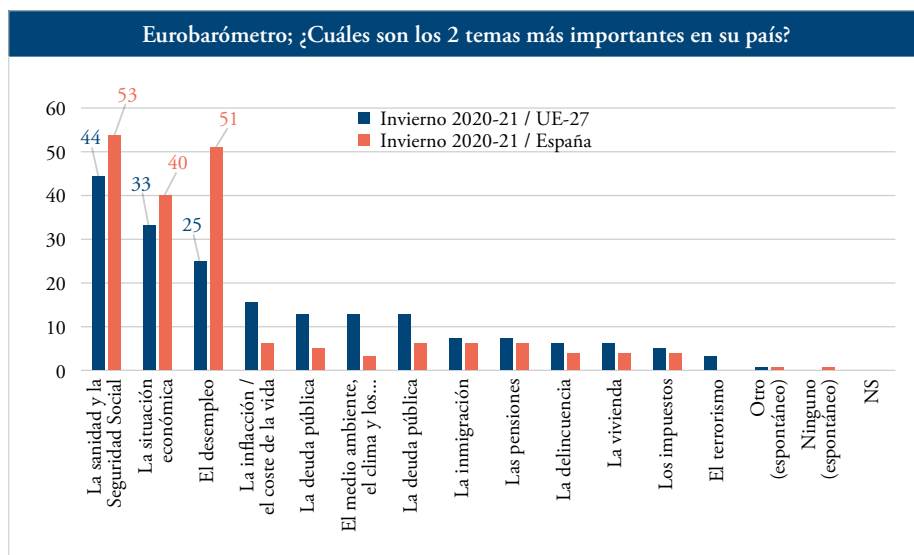
Encuesta OMC

Denominada “**Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España**”. Estudio llevado a cabo por la Organización Médica Colegial¹¹⁷ (OMC), la Fundación Galatea y Mutual Médica y en el que han participado más de 4.500 médicos españoles, con una edad media de 49,2 años.

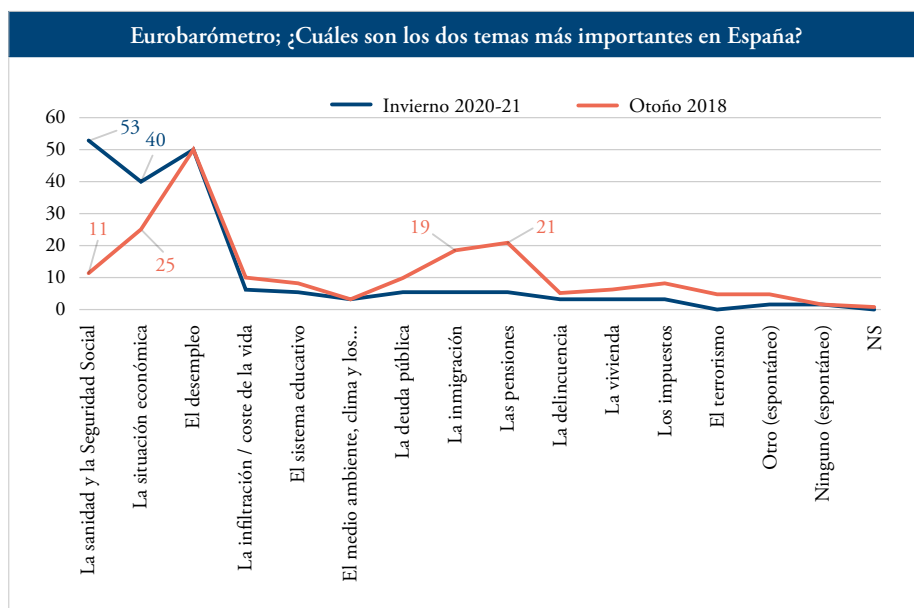
Lo más destacable de este Estudio es que *un 25% de los médicos que ejercen su labor en España ha estado de baja por motivos relacionados con la COVID-19 y uno de cada cuatro ha recurrido a servicios de apoyo a la salud mental*, o se plantea hacerlo, para hacer frente al malestar emocional y al agotamiento mental acumulado.

Eurobarómetro

La Comisión Europea ha publicado el **Eurobarómetro¹¹⁸ de invierno 2020/2021**, y entre sus resultados destaca que la Sanidad y la Seguridad Social ocupan el primer puesto entre los temas que causan más preocupación a los españoles. Se realiza comparación con los resultados¹¹⁹ de otoño-2018.



En el anterior gráfico se comparan las respuestas obtenidas a esta pregunta, confrontando los resultados obtenidos en España con el promedio alcanzado en la UE-27. Son muy destacables los resultados de las tres preguntas que obtienen los resultados más abultados, dónde se acentúa una importante diferencia entre las respuestas de España y de la UE-27. La contestación dada en España sobre desempleo dobla la obtenida en UE-27 (merece una muy seria reflexión).



En este anterior gráfico se comparan los resultados a la misma pregunta, pero comparando los resultados obtenidos en España en 2018 y en 2020/21. En los datos de 2020/21, destaca el extraordinario resultado, por orden de preferencia, que otorga la ciudadanía española a la necesidad e importancia de Sanidad y Seguridad Social (en 2018 se valoraba con un 11% y ahora con un 53%). La preocupación por la situación económica pasa del 25% al 40% actual, siendo también destacable el “aplanamiento” de otros asuntos que destacaban por su interés en 2018, como son la Inmigración y las pensiones. Todo ello es fruto de la Pandemia, que está “cambiando” las percepciones inmediatas de la ciudadanía.

¿Qué opinan los expertos, los filósofos, los políticos, y qué dicen los técnicos?

David Harvey¹²⁰

Publicó al principio de la pandemia un artículo en la **revista *Jacobin*** de Estados Unidos, y su argumento era el siguiente: “... *Las autoridades públicas y los sistemas de atención de salud quedaron pronto saturados e insuficientes. Cuarenta años de neoliberalismo en América del Norte y del Sur y Europa habían dejado lo público totalmente expuesto y mal preparado para enfrentar una crisis de salud pública de este tipo, a pesar de que los temores previos de SARS y Ébola proporcionaron abundantes advertencias y lecciones contundentes sobre qué era necesario hacer. En muchas partes del supuesto mundo «civilizado», los gobiernos locales y las autoridades regionales, que invariablemente forman la primera línea de defensa y seguridad en emergencias de salud pública de este tipo, se vieron privadas de fondos como consecuencia de una política de austeridad diseñada para financiar recortes de impuestos y subsidios a las corporaciones y los ricos...*”.

David Harvey es un distinguido profesor de antropología y geografía en el Graduate Center de la City University de Nueva York.

Santiago Grisolía¹²¹

Sobre la gestión de la pandemia. En una entrevista con la **agencia EFE** realizada el **26 noviembre 2020**: considera que la gestión de la pandemia del coronavirus por parte del Gobierno y las autonomías es “mala” porque, a su juicio, “no declaran la verdad” y los datos que ofrecen a los ciudadanos “son un poco deficientes”. “La verdad es que hay mucha gente enferma y mucha gente muerta y hay que decir las cosas para que la gente se proteja lo más que pueda”

Preguntado por si los ciudadanos hemos aprendido algo durante la pandemia y todo lo que ha conllevado, el impulsor de los Premios Rey Jaime I afirma: “nunca se aprende, siempre piensas que el futuro va a ser mejor”. Se muestra muy crítico con la gestión del Gobierno y las Comunidades Autónomas frente a la pandemia y asegura que está siendo “mala porque no declaran la verdad. La verdad es que hay mucha gente enferma y mucha gente muerta y hay que decir las cosas para que la gente se proteja lo más que pueda”. A su juicio, no se están dando todos los datos. “Son un poco deficientes, se parecen un poco a la verdad, pero no es la verdad”, y preguntado por si considera peligroso que un gobierno no sea transparente y no diga la verdad, contesta: “sin duda alguna”.

Santiago Grisolía es premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica 1990.

Oriol Mitjà¹²²

Ha criticado la gestión de la pandemia de coronavirus en su libro “A cor obert” (Columna), en catalán, y “Un año a corazón abierto” (Destino), en castellano, porque considera que “a los políticos les da igual todo” y, a su parecer, toman decisiones que muchas veces están poco argumentadas, poco reflexionadas y muy influidas por las urgencias del momento lo que, ha dicho, refleja la falta de preparación de la clase política. “Si no hacemos una reflexión pausada sobre lo que ha pasado no extraeremos las conclusiones”, insiste Mitjà, que argumenta en su libro que estas conclusiones deben servir para evitar eventuales pandemias que puedan llegar en el futuro.

Mitjà afirma que los dos errores “principales” del Ministerio de Sanidad en la primera ola fueron la falta de vigilancia con una definición de caso COVID-19 vinculada a las personas que venían del extranjero sin tener en cuenta aquellos infectados directamente en España. Y el segundo error fue decretar el Estado de Alarma y el confinamiento “demasiado tarde” cuando el modelo matemático, según el investigador, apuntaba que no había otra salida y, ha dicho, el pico de muertes es una consecuencia directa de este atraso.

Oriol Mitjà es infectólogo e investigador del Hospital Germans Trias i Pujol.

The Lancet¹²³, artículo sobre España

En un artículo cuyo título es “*COVID-19 in Spain: a predictable storm?* (COVID-19 en España: ¿una tormenta predecible?), publicada en **The Lancet** (16/10/2020), se destaca lo siguiente:

“... España, uno de los países más afectados por la primera oleada COVID-19, (de marzo a junio) y ahora está siendo muy afectada por una segunda ola de infecciones de COVID-19. Si bien las razones que están detrás de este pobre resultado aún no se comprenden del todo, la crisis de este virus ha magnificado las debilidades del sistema sanitario y ha revelado las complejidades de las políticas que conforman el país...”

Y sigue diciendo: “*la pandemia puso al descubierto los débiles sistemas de vigilancia, la baja capacidad de las pruebas de PCR y la escasez de equipos de protección personal y de cuidados críticos, una reacción tardía de las autoridades regionales, procesos de toma de decisiones lentos, altos niveles de movilidad y migración de la población, escasa coordinación entre las autoridades centrales y regionales, escasa subordinación al asesoramiento científico, envejecimiento de la población, grupos vulnerables que experimentan desigualdades sociales y de salud y falta de preparación enfermera en los hogares...”*

“...Los cuatro pilares del sistema sanitario español: gobernanza, financiamiento, entrega y fuerza laboral – ya eran frágiles cuando fueron alcanzados por la COVID-19 en marzo. Ha habido una década de austeridad tras la crisis financiera del 2008, lo que provocó la reducción del número de sanitarios y de las capacidades del sistema...”

No se puede ser más contundente en menos espacio, y se ponen de manifiesto las graves carencias de nuestro sistema sanitario.

Mensaje de 55 sociedades científicas a la clase política por la gestión de la COVID-19

Un total de 55 sociedades científicas nacionales¹²⁴, que representan a más de 170.000 profesionales sanitarios, el 4 de octubre 2020 emitieron un decálogo en el que insistían en cómo debe afrontarse la pandemia de la COVID-19 en España ante el creciente número de nuevos casos, la presión asistencial a la que se están viendo sometidos numerosos centros hospitalarios y las medidas restrictivas que se están abordando en distintas zonas del país.

En el documento se insiste a la clase política en que acepte, de una vez, que para enfrentarse a esta pandemia las decisiones dominantes deben basarse “en la mejor evidencia científica disponible, desligada por completo del continuo enfrentamiento político”, por lo que se precisa de una respuesta coordinada, equitativa y basada exclusivamente en criterios científicos claros, comunes y transparentes.

Las sociedades médicas apoyan una auditoría independiente sobre la COVID-19 en España

En la carta titulada “The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain” que fue publicada en *The Lancet* el 6 de agosto de 2020, escrita por una veintena de científicos españoles¹²⁵ de prestigio, estos se preguntaban *¿cómo es posible que España ahora se encuentre en esta posición? A este escrito se adhiere la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME)*, que agrupa a 46 de tales sociedades, que manifestó que compartía la forma y fondo que expresa la carta y la necesidad de una auditoría externa independiente que detecte oportunidades de mejora en la respuesta frente a posibles nuevas pandemias, al tiempo que se muestra a disposición de las autoridades sanitarias españolas para colaborar en el análisis y búsqueda de opciones de mejora.

En dicha carta publicada, los científicos avanzan que “...Las posibles explicaciones apuntan a una **falta de preparación para una pandemia** (es decir, débil sistema de vigilancia, poca capacidad para realizar pruebas PCR y la escasez de personal, equipos de protección y equipos de cuidados intensivos), una **reacción retardada por las autoridades centrales y regionales**, lentos procesos de toma de decisiones, altos niveles de movilidad y de migración de la población, mala coordinación entre autoridades centrales y regionales, poca subordinación al asesoramiento científico, una población envejecida, grupos vulnerables que experimentan problemas de salud y desigualdades sociales, y la falta de preparación en residencias de ancianos...”.

Científicos españoles reclaman “una acción coordinada y urgente” frente a la COVID

Un centenar de científicos¹²⁶ y expertos de toda España han enviado una carta abierta al presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, a los responsables de las comunidades autónomas y a otros cargos públicos con responsabilidades en materia sanitaria en la que solicitan “una acción coordinada y urgente frente a la pandemia”, concretando una batería de propuestas para reducir el riesgo de contagio por aerosoles por iniciativa de la plataforma AIREAMOS.org.

Incidan en que el mecanismo de contagio de la COVID-19 se encuentra en la exhalación de aerosoles, y en la carta especifican que esta forma de transmisión es especialmente importante en ambientes interiores, donde el riesgo de contraer la enfermedad es unas

veinte veces mayor que al aire libre. Esta evidencia científica los lleva a plantear ocho acciones urgentes concretas, entre las que destacan el uso de las mascarillas bien ajustadas y la retirada de las que no hayan sido certificadas en España o en la Unión Europea.

Auditoría¹²⁷ COVID-19; El Confidencial; Examen independiente a la gestión de la pandemia

Se elaboró un **cuestionario** cuantitativo con 35 preguntas con la posibilidad de aportar respuestas o reflexiones de forma voluntaria, dirigido a **172 profesionales**, en su mayor parte epidemiólogos, enfermeros, catedráticos en salud pública, médicos de Atención Primaria y otros sanitarios, psicólogos, economistas de la salud u otros perfiles académicos que **podrían valorar correctamente la toma de decisiones** en estos ámbitos.

Bloque 1: Gobernanza, preparación y la toma de decisiones

01. Coordinación entre administraciones: 3,26 sobre 10
02. Presupuesto explícito para hacer frente a la pandemia: 60% dice no haber dispuesto de suficientes elementos protectores
03. Confianza en la capacidad de los distintos niveles de la administración para hacer frente a la pandemia (sobre 10):
 - Gobierno central 3,36 - Gobiernos regionales 4,34 - Gobiernos locales 3,9
04. Grado de preparación de las administraciones españolas para hacer frente a una pandemia de estas características (sobre 10):
 - Gobierno central 2,69 - Gobiernos regionales 3,06 - Gobiernos locales 2,51

Bloque 2: Fuentes de información

05. Acceso a los datos relacionados con la pandemia: 5,53 sobre 10

Bloque 3: Acciones tomadas y alternativas disponibles

06. Lucha contra la desigualdad: el 60% cree que no se han tomado medidas para reducir el impacto social
07. Valoración de las medidas para contener el impacto económico de la COVID: se puntúa con 3,53 sobre 10
08. Valoración de la respuesta del sistema sanitario (sobre 10):
 - Salud pública 3,8 - Atención Primaria 6,14 - Hospitales 7,69
09. Gestión de residencias y colegios (sobre 10):
 - Residencias 3,89 - Colegios 4,97
10. Financiación de la investigación antes de la pandemia: el 98,3% cree que no se habían dotado los recursos suficientes.

Bloque 4: Aspectos sociales

11. ¿Se han tenido en cuenta los determinantes socioeconómicos para tomar decisiones?
El 71% cree que no se han tenido en cuenta los determinantes socioeconómicos en la toma de decisiones.

Bloque 5: Comunicación de riesgos y recomendaciones a la población

12. Valoración de la comunicación de las administraciones (sobre 10):
- Gobierno central 3,28 - Gobiernos CC. AA. 4,03
13. El papel de los medios de comunicación (sobre 10):
- TV 4,15 - Prensa escrita 4,81 - Radio 5,47
14. ¿Cómo han influido las ‘fake news’?
- Sí han influido en la gestión de la pandemia: 61,6%
- Sí han influido en la reacción de la ciudadanía: 84,9%

¿Estaba preparado nuestro sistema sanitario para esta pandemia?

Comisión para la Reconstrucción Social y Económica¹²⁸ Dictamen de la Comisión.

Boletín Oficial de las Cortes Generales. 21 de julio de 2020 Núm. 123 y **definitivo**¹²⁹.

El **dictamen del área de Sanidad y Salud Pública** fue aprobado el día 22 de julio 2020 con **256 votos a favor, 88 en contra y tres abstenciones** (*ese mismo día, tras la votación, fueron aprobados los Dictámenes del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, de Reactivación Económica y para la Unión Europea, pero fue rechazado el dictamen del Grupo de Trabajo de Políticas Sociales y Sistema de Cuidados*). En él se incluyeron 71 propuestas de resolución para abordar la gobernanza en materia sanitaria y cómo reforzar y mejorar los recursos humanos del sistema, el impulso que es preciso dar a la atención primaria y a las políticas de salud pública, cómo abordar la investigación en I+D+i, la distribución, fomento y acopio de fármacos y vacunas, la profundización en la transformación digital, cómo coordinar los servicios sanitarios y sociales, la política farmacéutica, la industria biosanitaria y la reserva estratégica, cómo adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales y que modelo de atención sanitaria establecer.

Para un completo seguimiento y análisis de toda la información generada en el Congreso, puede consultar:

- Sala de Prensa del Congreso de los Diputados¹³⁰.
- Comisión para la Reconstrucción¹³¹ Social y Económica, Congreso de los Diputados. Contiene todos los archivos generados en el trabajo de esta Comisión.
- Un muy buen resumen del contenido del Dictamen de Sanidad y Salud Pública es el realizado por la profesora Beatriz González López-Valcárcel¹³², publicado el día 24 de julio de 2020.

Críticas más importantes a este Dictamen

1. Una veintena de organizaciones sociales, sanitarias y sindicales

Impulsoras de la alianza **Más Sanidad**, tras el Dictamen definitivo en materia de Sanidad y Salud Pública aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados, consideran que los compromisos alcanzados por la Comisión son claramente insuficientes y no dan respuesta a varios problemas estructurales de la sanidad española, como son, entre otros, la falta de financiación, una política en materia de medicamentos que anteponga el interés público al de las grandes empresas farmacéuticas o el blindaje frente a las privatizaciones. Añaden que los grupos políticos “**no han escuchado nada**”, y que “**no se pueden dar soluciones sin identificar las causas del problema**”.

Puntos críticos más importantes

- *No hay compromisos claros en materia de financiación:* la Comisión vincula el aumento del presupuesto sanitario al PIB, y eso es un error. Es más conveniente adoptar ***un criterio basado en euros, por persona y año***, estableciendo como objetivo situarnos en el promedio de la UE a final de legislatura. Este aumento se traduciría en el incremento de ***1000 euros más por persona/año respecto al gasto actual***.
- No se fijan porcentajes mínimos de gasto para áreas infradotadas. Por eso se exige **un 25% del presupuesto público a Atención Primaria; un 2,5%, a Salud Pública; y un 2%, a investigación en salud**. Tres áreas que han resultado esenciales en la actual pandemia.
- *No se garantiza la plena universalidad, más aún en tiempos de pandemia:* se supedita esta medida a un **futuro Proyecto de Ley**, lo que **supone poner en riesgo la salud de muchas personas que siguen excluidas** de la atención sanitaria; y no se da respuesta a la especial vulnerabilidad de las personas ascendientes reagrupadas.
- *Se sigue sin dar la importancia necesaria a la Salud Pública:* Es preciso promover la coordinación de los servicios de salud pública con los servicios asistenciales; crear y desarrollar un Observatorio del Sistema Nacional de Salud; Estimular la investigación en Salud Pública; Potenciar el Sistema de Información Sanitaria; e Impulsar la estrategia de seguridad del paciente y la excelencia clínica.
- *Faltan medidas sobre política farmacéutica, producción pública y propiedad intelectual en I+D en salud:* se echa de menos un compromiso para la necesaria reforma de los procesos de fijación de los precios de los medicamentos, así como las medidas que contengan el aumento del gasto farmacéutico, especialmente el hospitalario.
- *No existen previsiones para proteger el SNS frente a las privatizaciones:* es preciso que se garantice la finalización de las privatizaciones de centros y servicios sanitarios, un estricto control del cumplimiento de los contratos y concesiones, y una legislación que favorezca la recuperación de lo privatizado, así como un calendario para llevarla a cabo.

Organizaciones firmantes¹³³: Médicos del Mundo, semFYC, Salud por Derecho, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), UGT, CCOO, Yo Sí Sanidad Universal, Asociación de Enfermería Comunitaria, Federación de Asociaciones de Enfermería comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), FACUA, Consejo General del Trabajo Social, y la Confederación Estatal de Asociaciones de Vecinos (CEAV).

2. FACME¹³⁴ e IMAS

Presentaron un documento el 20 de julio de 2020 analizando las propuestas de la Comisión del Parlamento. Sus principales discrepancias son:

La participación de los agentes principales del sistema. Las propuestas no concretan la composición de los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias, por lo que no existirá una adecuada gobernanza mientras a estos órganos de gobierno no se incorporen los profesionales sanitarios y los ciudadanos/pacientes.

Acabar con la injerencia política partidaria y con la burocratización del sistema. El documento del Grupo de Trabajo no recoge autocrítica alguna sobre la instrumentalización política de la sanidad... El sistema sanitario público debe pasar de una gestión político-administrativa a otra basada en el conocimiento.

La competencia profesional, clave en la gestión de personal. El sistema de gestión de personal del Sistema Nacional de Salud es (como reconocen las conclusiones del Grupo de Trabajo) completamente inadecuado y no tiene equivalente en los sistemas sanitarios de los países de nuestro entorno... Tampoco son homologables las retribuciones, especialmente bajas en comparación con otros países europeos para los profesionales sanitarios. La gestión de personal en la sanidad pública debe estar basada en competencias y perfiles profesionales.

Modelo asistencial integrado. El Grupo de Trabajo incorpora una visión fragmentada de la sanidad: salud pública, atención primaria, hospitales y servicios sociosanitarios son compartimentos estancos, recomendando que se “coordinen” entre sí. La ausencia de coordinación entre estos componentes ha sido uno de los factores que explican la mala respuesta de nuestro sistema a la crisis de la COVID.

FACME es la Federación de las Asociaciones Científico Médicas Españolas correspondientes a las especialidades médicas reconocidas en España, una organización de ámbito nacional que agrupa a 46 sociedades científicas. IMAS es una Fundación sin ánimo de lucro y su fin es ayudar a mejorar la calidad de los servicios prestados en los centros y servicios sanitarios.

¿Se podía haber evitado la pandemia?

El día 12 de mayo de 2021 se ha presentado ante la prensa un **Informe**^{135, 136, 137, 138} que fue **encargado por la OMS** a un Panel de Expertos para analizar la primera respuesta ante la **COVID-19**. Desde septiembre de 2020, el Panel Independiente ha examinado de manera sistemática, rigurosa y exhaustiva por qué la COVID-19 se convirtió en una crisis socioeconómica y de salud mundial. Dicho **Informe**¹³⁹ se debatirá en la sede de la OMS el 24 de mayo. Sobre la base de su diagnóstico sobre qué cosas salieron mal en cada etapa de las respuestas dadas frente a la COVID-19, el Panel (liderado por ex primera ministra de Nueva Zelanda, Helen Clark, y la ex presidenta de Liberia, Ellen Johnson Sirleaf), hace las siguientes **siete recomendaciones**:

1. Elevar la preparación y la respuesta ante una pandemia al más alto nivel de liderazgo político.

2. Fortalecer la independencia, la autoridad y la financiación de la OMS.
3. Invertir en preparación ahora para prevenir la próxima crisis.
4. Un nuevo sistema de alerta e información de vigilancia, ágil y rápido.
5. Establecer una plataforma, negociada previamente, para herramientas y suministros.
6. Captar nueva financiación internacional para preparación y respuesta ante una pandemia.
7. Los coordinadores nacionales de pandemia deben tener línea directa con el Jefe de Estado o de Gobierno.



Fuente: COVID-19 ¹⁴⁰: Make it the Last Pandemic. A Summary.

Además, entre las principales conclusiones expuestas a la prensa, destacan las siguientes:

- *La Organización Mundial de la Salud (OMS) debería haber declarado antes el brote de coronavirus en China como una emergencia internacional en lugar de esperar hasta el 30 de enero, dice el informe. En su lugar, debió hacerlo en su primera reunión, la del 22 de enero.*

- *El Comité de Emergencia de la OMS no recomendó restricciones de viaje, maniatada por el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, que «sirve para restringir en lugar de facilitar una acción rápida» y necesita una reforma.*
- *Los gobiernos no se dieron cuenta de que la declaración de emergencia del 30 de enero fue la «alarma más fuerte posible» de la OMS. Según sus normas, no tiene autoridad para declarar una pandemia. Muchos países no tomaron medidas enérgicas hasta que la OMS finalmente lo describió como una pandemia el 11 de marzo. «Es muy obvio para el Panel que febrero de 2020 fue un mes perdido, cuando se podrían y debieron tomar medidas para reducir la epidemia y prevenir la pandemia». Pero en lugar de preparar sus hospitales para los pacientes con COVID-19, muchos países participaron en una lucha de «el ganador se lleva todo» por equipos de protección y medicamentos.*
- *El panel de expertos pide la creación de un nuevo sistema global para la vigilancia de los brotes de enfermedades que podrían desencadenar una pandemia. Defienden que la OMS debe estar facultada para enviar expertos para investigar brotes con poca antelación, obtener muestras de patógenos y publicar información sin la aprobación previa de los gobiernos.*
- *El Informe recomienda varias acciones de aplicación inmediata para poner fin a la propagación de la COVID, llamando particularmente a los países ricos a proporcionar más de 2.000 millones de dosis de vacunas de aquí a mediados de 2022, al menos 1.000 millones de ellas antes de septiembre.*

¿Hemos aprendido alguna lección en los últimos años?

A lo largo del tiempo, diversas organizaciones nacionales e internacionales, investigadores y Entes de todo tipo han escrito y publicado documentos de análisis sobre cómo se podría proteger un lugar o un grupo de personas frente a los diversos ataques que pudieran llegar desde otros diversos lugares.

Por acercarnos a nuestro país, y acercarnos MUCHO al inicio de esta crisis pandémica causada por el SARS-Cov-2, y a modo de ejemplo es interesante el documento denominado: “Emergencias ¹⁴¹ pandémicas en un mundo globalizado: amenazas a la seguridad”, editado por el Ministerio de Defensa del Gobierno de España en “febrero de 2020” que, en su Presentación, que realiza el exministro de Sanidad, Julián García Vargas, destacamos lo siguiente:

“... Las pandemias no se han tratado tradicionalmente en la lista de amenazas de seguridad. Únicamente las amenazas biológicas creadas expresamente por los enemigos potenciales tenían cabida. Sin duda, porque el concepto de seguridad utilizado hasta época reciente era más restringido. Desde hace dos décadas las pandemias espontáneas o por causas naturales, en muchos casos propiciadas en su propagación por conflictos armados, han comenzado a ser incluidas en las estrategias de seguridad nacional, como amenaza para la población o los intereses vitales ... Las pandemias son consustanciales a la vida humana y de la fauna y flora que han acompañado a la humanidad desde tiempos inmemoriales ... Siguen existiendo en la actualidad a pesar del progreso sanitario experimentado en las últimas décadas. Se deben,

en buena medida, a que el aumento de población en el planeta ha sido casi exponencial en los últimos decenios, generando fuertes movimientos migratorios. El progreso en las condiciones de vida no ha sido homogéneo en el planeta y existen numerosas áreas donde los seres humanos sobreviven en condiciones higiénicas muy deficientes y sin acceso a agua verdaderamente potable y a una alimentación adecuada. Además, conviven con animales portadores de enfermedades transmisibles. Por otra parte, los movimientos de población por migraciones voluntarias o forzadas por conflictos armados, o propiciadas por turismo son más intensos que nunca, con potencial transporte de agentes patógenos. Para agravarlo, estamos en un proceso de cambio climático, que produce alteraciones favorecedoras de condiciones de implantación de patógenos y de los vectores transmisores en áreas hasta ahora inhóspitas para estos agentes...”

Según el Global Health Security Index¹⁴² (GHS), publicado en octubre de 2019, España tiene el decimoquinto sistema sanitario más seguro y robusto del mundo en lo que respecta a la temprana detección, detención y seguimiento de las epidemias potencialmente pandémicas.

Resultados de GHS INDEX para España y datos comparados			
	España. Puntuación obtenida	Promedio 195 países	
Prevención	52,9	34,8	
Detección y reporte	83	41,9	
Respuesta rápida	61,9	38,4	
Sistema de salud	59,6	26,4	
Conformidad y cumplimiento con normas internacionales	61,1	48,5	
Riesgo ambiental	77,1	55	
	España	Puesto alcanzado	1º país mejor clasificado
Puntuación Global	65,9	15	83,5
1. Prevención de la emergencia o liberación de patógenos	52,9	32	83,1
2. Detección temprana e informe para alertar del potencial de epidemias	83	11	98,2
3. Respuesta rápida a una epidemia y mitigación de la propagación	61,9	15	91,9
4. Robusto sistema de salud para tratar a los enfermos y proteger la salud de los trabajadores	59,6	12	73,8
5. Compromisos de mejora de la capacidad nacional, la financiación y la adhesión a las normas	61,1	32	85,3
6. Riesgo global ambiental del país y vulnerabilidad a amenazas biológicas	71,1	24	87,9

¿Se han tomado las medidas necesarias para prevenir una probable nueva pandemia futura?

El artículo publicado en Gaceta Sanitaria titulado “Reflexiones¹⁴³ sobre cómo evaluar y mejorar la respuesta a la pandemia de COVID-19”: “La pandemia de COVID-19 ha

afectado de manera particularmente intensa a España, pese a su nivel de desarrollo y la elogiada solidez de su Sistema Nacional de Salud. Para comprender qué ha pasado e identificar cómo mejorar la respuesta creemos imprescindible una evaluación independiente multidisciplinaria de la esfera sanitaria, política y socioeconómica”.

Ya hemos referido anteriormente que el Parlamento Español aprobó el Dictamen de la Comisión de “Reconstrucción Social y Económica”, cuyo apartado para Sanidad y Salud Pública fue aprobado el día 22 de julio 2020 con **256 votos a favor, 88 en contra y tres abstenciones**. Hay que reconocer el tremendo esfuerzo realizado por dicha Comisión y por todos los intervinientes que aportaron su visión desde sus respectivos ámbitos. También ha sido muy abundante la legislación publicada en el BOE (y en todos los Boletines oficiales de las CC. AA., Diputaciones, Ayuntamientos, etc.).

En el BOE¹⁴⁴, hoy día 15/5/2021 están consignadas y publicadas durante este último año 227 normas, decretos, leyes, etc. que tienen alguna relación con la pandemia.

No parece que tengamos “falta de información” (tal vez estemos manejando un “exceso” de información y de legislación). Pero no parece, hoy en día, que hayamos puesto en marcha los planes necesarios para que nuestro Sistema Sanitario mejore allí dónde ha fallado (poca anticipación, falta de recursos humanos y materiales, inversiones más bajas de las consensuadamente necesarias, etc.). El objetivo es arreglar lo que está mal y potenciar lo que está bien, además de aprender de esta experiencia traumática, para estar preparados ante las posibles futuras contingencias que puedan volver a sacudir a nuestra sociedad.

Vacunas y vacunaciones

Dice Fernando Lamata¹⁴⁵ en su Blog: “*La vacuna es un derecho, no un privilegio. Es una necesidad y no un objeto para especular*”. En agosto pasado se planteaba el siguiente dilema: “... ¿*Vacuna para todos o sálvese quien pueda? Dilemas éticos de los Estados, de sus gobernantes y de la ciudadanía ante la vacuna para la COVID-19...*”.

Los datos¹⁴⁶ de vacunación en el mundo

Varios países ordenados por número de vacunas administradas, ordenadas de mayor a menor. Datos a 16/5/2021			
	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
En todo el mundo	1.430.000.000	346.000.000	4,40
China continental	381.000.000	-	-
Estados Unidos	268.000.000	120.000.000	36,60
India	180.000.000	39.800.000	2,90
Reino Unido	55.400.000	19.300.000	29,00
Brasil	52.100.000	16.700.000	7,90
Alemania	39.400.000	9.060.000	10,90
Francia	27.800.000	8.690.000	13,00

	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Italia	26.500.000	8.280.000	13,70
Turquía	25.600.000	10.700.000	13,10
Rusia	23.300.000	9.440.000	6,50
Indonesia	22.600.000	8.920.000	3,30
México	22.400.000	10.100.000	7,90
España	21.700.000	6.980.000	14,90
Canadá	17.700.000	1.370.000	3,60
Chile	16.500.000	7.460.000	39,40
Polonia	15.500.000	4.420.000	11,60
Emiratos Á. Unidos	11.400.000	3.840.000	39,30
Arabia Saudita	11.300.000	-	-
Israel	10.500.000	5.100.000	56,30
Marruecos	10.500.000	4.450.000	12,20
Argentina	9.700.000	1.750.000	3,90
Bangladesh	9.470.000	3.650.000	2,20
Hungría	7.210.000	2.660.000	27,20
Colombia	7.040.000	2.690.000	5,30
Países Bajos	6.880.000	1.710.000	9,90
Rumanía	6.410.000	2.640.000	13,60
Japón	5.590.000	1.570.000	1,20

Elaboración propia.

Varios países ordenados % de población totalmente vacunada, ordenadas de mayor a menor. Datos a 16/5/2021			
	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Gibraltar	74.461	35.556	105,5
Seychelles	131.000	61.360	62,9
Islas Malvinas	4407	1775	62,5
Santa Elena	7091	3528	62,3
Israel	10.500.000	5.100.000	56,3
Islas Caimán	73.721	33.921	52,2
San Marino	37.586	15.969	47,2
Bermudas	63.994	29.028	45,4
Jersey	92.809	38.637	39,5
Chile	16.500.000	7.460.000	39,4
Emiratos Á. Unidos	11.400.000	3.840.000	39,3
Baréin	1.450.000	621.000	37,9
Estados Unidos	268.000.000	120.000.000	36,6
Mónaco	25.937	12.003	30,8

	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Reino Unido	55.400.000	19.300.000	29,0
Catar	1.980.000	808.000	28,5
Aruba	87.536	30.222	28,4
Hungría	7.210.000	2.660.000	27,2
Uruguay	2.250.000	928.000	26,8
Maldivas	443.000	141.000	26,5
Malta	407.000	133.000	26,5
Islas Turcas y Caicos	25.039	10.000	26,2
Curazao	118.000	38.669	24,5
Serbia	3.920.000	1.700.000	24,4
Singapur	3.200.000	1.300.000	22,8
Islas Marshall	28.791	13.187	22,4
Mongolia	2.400.000	639.000	19,8
Dominica	33.037	13.938	19,4
Isla de Man	76.977	15.896	18,8
Islandia	204.000	65.011	18,2
Dinamarca	2.580.000	976.000	16,8
Lituania	1.300.000	441.000	15,8
España	21.700.000	6.980.000	14,9

Elaboración propia.

Varios países ordenados por porcentaje de población totalmente vacunada o por número de dosis administradas, ordenadas de menor a mayor. Datos a 16/5/2021			
	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Sudán del Sur	947	-	-
República D. Congo	1.700	-	-
Siria	2.500	-	-
Mauritania	7.038	-	-
Islas Salomón	9.340	3.479	0,5
Gabón	10.678	2.643	0,1
Armenia	10.727	-	-
Camerún	11.000	-	-
Samoa	11.950	-	-
Yibuti	13.042	495	0,1
Brunéi	15.905	862	0,2
Lesoto	16.000	-	-
Cabo Verde	21.318	2.668	0,5
Kosovo	22.096	-	-
Gambia	24.659	-	-
Timor Oriental	30.599	-	-

	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Esuatini	35.227	-	-
Congo	38.151	15.620	0,3
Kirguistán	43.127	6.010	0,1
Comoras	43.728	588	0,1
Surinam	49.902	998	0,2
Malí	49.903	-	-
Namibia	50.361	2.729	0,1
Botsuana	53.375	-	-
Honduras	57.639	2.639	-
Trinidad y Tobago	61.848	1.179	0,1
Sierra Leona	64.966	6.716	0,1
Argelia	75.000	-	-
Guinea Ecuatorial	75.518	10.872	0,8
Zambia	100.000	-	-
Libia	107.000	-	-
Somalia	124.000	-	-
Jamaica	135.000	-	-
Sudán	140.000	-	-
Guyana	153.000	2.800	0,4
Togo	160.000	-	-
Nicaragua	166.000	-	-
Paraguay	175.000	15.705	0,2
Taiwán	186.000	-	-
Guinea	205.000	60.809	0,5
Mauricio	221.000	8.464	0,7
Moldavia	229.000	31.423	1,2
Venezuela	250.000	-	-
Guatemala	260.000	2.521	-
Costa de Marfil	295.000	-	-
Omán	326.000	73.269	1,5
Bielorrusia	328.000	84.500	0,9
Malawi	330.000	-	-
Ruanda	350.000	-	-
Mozambique	356.000	59.012	0,2
Uganda	423.000	-	-
Senegal	432.000	-	-
Irak	453.000	-	-
Palestina	467.000	195.000	4,2
Sudáfrica	474.000	474.000	0,8 %
Bután	482.000	-	-

	Dosis administradas	Vacunados completamente	% población vacunada completamente
Afganistán	505.000	55.624	0,1
Túnez	537.000	165.000	1,4
Laos	563.000	88.483	1,2
Líbano	581.000	204.000	3,0
Angola	627.000	40.195	0,1
Zimbabue	775.000	204.000	1,4
Ghana	852.000	-	-
Vietnam	925.000	37.145	-
Kenia	933.000	-	-
Ucrania	950.000	13.661	-
Bolivia	1.060.000	280.000	2,4
Jordania	1.090.000	286.000	2,8
Uzbekistán	1.170.000	117.000	0,3
El Salvador	1.310.000	298.000	4,6
Egipto	1.370.000	238.000	0,2
Sri Lanka	1.380.000	244.000	1,1
Ecuador	1.410.000	304.000	1,7
Etiopía	1.420.000	-	-
Irán	1.770.000	292.000	0,4
Nigeria	1.770.000	-	-
Malasia	1.890.000	728.000	2,3
Tailandia	2.120.000	708.000	1,0
Myanmar (Birmania)	2.200.000	300.000	0,6
Perú	2.340.000	741.000	2,3
Nepal	2.450.000	362.000	1,3
Kazajistán	2.510.000	723.000	3,9
Filipinas	2.790.000	636.000	0,6
Pakistán	3.840.000	964.000	0,4
Bangladesh	9.470.000	3.650.000	2,2

Elaboración propia.

Al respecto de las vacunas y de la vacunación, destacan dos asuntos divergentes: por una parte, la capacidad científico-técnica (en plena crisis) ha sido capaz de crear vacunas de calidad y de una efectividad extraordinaria en un cortísimo espacio de tiempo. Pero, por otra parte, y en el sentido más negativo, se está poniendo de manifiesto la falta de solidaridad mundial (una vez más) y el **“todo por el negocio”** de las empresas farmacéuticas mundiales. Cada día más voces se pronuncian exigiendo que se eliminen las patentes de los materiales sanitarios más esenciales en momentos tan graves como el que estamos viviendo. Y especialmente con las vacunas. Estas voces provienen de científicos, políticos, ONG, y de una gran parte de la sociedad civil. El debate está servido, pero está claro que hasta que la gran mayoría de la población mundial no esté vacunada no podremos controlar a este

virus. Y para lograr esa tremenda cifra de vacunaciones es preciso producir muchas más dosis y mucho más deprisa (y, sobre todo, a precios que puedan pagar los países pobres).

La polémica está servida: desde una parte decimos que la producción se podría incrementar y acelerar si los laboratorios liberasen las patentes hoy mismo; desde la otra parte, la industria farmacéutica (y el “capitalismo” en general) dice que liberar las patentes sería un caos y que no se adelantaría nada, además de poner en valor sus “principios” que preconizan la llamada “competencia” entre las multinacionales farmacéuticas como el único camino para que sea posible producir más y mejores productos.

Pero, para muestra, un botón. Si nos fijamos en los datos del cuadro que está en la página anterior, podemos cerciorarnos de la cruda realidad. *A modo de ejemplo*, hoy (16/5/21) en Sudán del Sur se han inyectado 947 dosis (población: 11.193.729); República democrática del Congo 1.700 dosis (89.561.404 hab.); Siria 2.500 dosis (17.500.657 habitantes, en un país en guerra desde hace 10 años); ... Camerún 11.000 dosis (26.545.864 hab.); ... Argelia 75.000 dosis (43.851.043 hab.); ... Irán 1.770.000 dosis (83.992.953 hab.); ... Nigeria 1.770.000 dosis (206.139.587 hab.); ... Pakistán 3.840.000 dosis (220.892.331 hab.).

En el otro extremo están los llamados “países ricos y con influencias estratégicas”: ver los dos cuadros de la página anterior.

Euskadi, España y Europa del futuro: los Planes de Recuperación y Resiliencia

El 18 de febrero de 2021 se publicó en el DOUE¹⁴⁷ (Diario oficial de la Unión Europea) el **Reglamento UE) 2021/241**, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero, por el que *se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR)*, que tiene como principal objetivo reforzar, en el contexto de la crisis generada por la COVID-19, el marco actual de asistencia a los Estados miembros, proporcionándoles ayudas financieras directas mediante una herramienta innovadora.

Este Reglamento se encuadra en el Instrumento de Recuperación y Resiliencia, aprobado por Reglamento¹⁴⁸ (UE) 2020/2094, del Consejo, de 14 de diciembre, donde se regulaban los fondos europeos *Next Generation EU* (puede consultarse el Plan¹⁴⁹ de recuperación para Europa y también la página de *Presidencia*¹⁵⁰ del Gobierno español con toda la información y aquí¹⁵¹ los diversos componentes).

España puede llegar a recibir **142.000 millones €** de tales fondos a través, tanto de préstamos, como de contribuciones financieras no reembolsables. El Mecanismo se estructura en *seis pilares*: 1) Transición ecológica; 2) Transformación digital; 3) Crecimiento inteligente, sostenible e integrador; 4) Cohesión social y territorial; 5) Salud, y resiliencia económica, social e institucional; 6) Políticas de próxima generación (infancia, juventud, educación y desarrollo de capacidades).

De toda esta información, interesa destacar lo que se recoge en **COMPONENTE 18**¹⁵²; *Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud*. Su Resumen Ejecutivo comienza diciendo lo siguiente: “*El sistema sanitario español presenta buenos resultados a pesar de tener un nivel de inversión relativamente bajo. La crisis sanitaria ha*

puesto de manifiesto su fortaleza, pero también ha expuesto las dificultades a las que se enfrenta a la hora de abordar situaciones que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación. También ha mostrado la necesidad de corregir problemas estructurales que ya existían y de responder a los retos emergentes en salud, ya sean demográficos, sociales, tecnológicos o económicos”.

El Componente consta de 5 reformas y 6 inversiones. Reformas: 1. Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria 2. Reforma del sistema de salud pública 3. Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad 4. Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad 5. Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos.

Inversiones: Queremos subrayar que, a dicho Plan, se pretenden destinar **1.069 millones de euros**, con la siguiente distribución. En el siguiente cuadro se muestra la distribución prevista de los fondos en los 6 apartados que han sido tenidos en consideración. Como puede verse, a la “típica” inversión en equipos de Alta Tecnología se va a dedicar 792,1 millones (el 74,1%), mientras que en partidas como las “Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud” se van a destinar 62,05 millones (5,8%) y al “Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias” se destinarán 80,91 millones (7,57%).

A modo de crítica

No ponemos en duda que sea necesario el recambio de los equipos instalados en los centros sanitarios públicos en función de su obsolescencia (mamógrafos, Tac, Pet, RMN, etc.) (todo esto ha sido medido por la AIREF en su informe de Evaluación¹⁵³ del Gasto Público 2019, publicado en octubre de 2020), **pero parecería más conveniente invertir una proporción mayor en prepararnos ante los retos epidémicos que puedan venir, y no enfocar la inversión “casi solo” en aparataje.**

Inversión Estimada del Componente 18 (millones de euros)				
	2021	2022	2023	Total
Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud	400	392,1		792,1
Acciones para reformar la prevención y promoción de la salud	20,78	24,085	17,185	62,05
Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias	20,165	35,845	24,9	80,91
Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento	4,23	4,635	4,275	13,14
Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad	5,855	7,485	7,46	20,8
Data lake sanitario	0	35	65	100

Elaboración propia. Fuente: Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Sensaciones y sentimientos personales

Para finalizar se incluyen algunos pensamientos y conclusiones del autor y de algunos amigos. No tienen ningún valor científico ni técnico, pero creo que tienen cabida para intentar expresar con palabras muchos sentimientos que, a buen seguro, muchas otras personas han sentido.

En cuanto a las personas como individuos, destacaría varias cosas: en general, al principio, todos fuimos incrédulos, luego estuvimos muy asustados por la crisis, posteriormente pensando en el corto plazo, después muy preocupados por la evolución de la epidemia, y un tiempo después algo desesperados por no poder hacer una vida “normal”. Las limitaciones impuestas han sido necesarias (y seguramente justificadas la gran mayoría) pero cualquier limitación se vive como una invasión de los derechos personales. Desde las Instituciones se ha estado informando, pero muchas personas se han visto desbordadas por un cierto “exceso de información” o fatiga informativa, además de sentirse muy confusas por las innumerables fake news que han circulado por las redes (y en cierta prensa).

También son destacables las diferencias de gestión entre las diversas CC. AA. (y los diversos países), lo que ha supuesto que algunas medidas impuestas en algunas CC. AA. pareciesen fuera de lugar y en otras se echaban a faltar algunas restricciones más (o menos).

Hemos aprendido que muchas personas han sido solidarias y fieles cumplidoras de las normas, y otras (bastantes) todo lo contrario. Hemos visto como muchos pequeños negocios de “barrio” cerraban y que no se podrían hacer planes de viaje en bastante tiempo.

Hemos sabido de amigos y familiares que enfermaban (mi familia y yo mismo nos contagiamos), y algunos lo pasaban muy mal... y otros han muerto, y muchas personas se enfrentan a la sensación de que “nos deben un año” de vida (de la vida que hacíamos antes).

Esa tristeza, sensación de ansiedad y de desprotección frente a una especie de “plaga bíblica” que, aunque anunciada, nos ha pillado “por sorpresa”.

Hemos sido conscientes, en nuestro saber popular y personal, que nuestro sistema sanitario ha funcionado “dentro de sus posibilidades”, y todos hemos estado de acuerdo en que el personal sanitario ha trabajado mucho y bien. Pero todos le hemos visto “las costuras” a dicho sistema sanitario, sobre todo las carencias en el número de efectivos de personal y medios en Atención Primaria y en Salud Pública.

También hemos sido conscientes de la tremenda “jaula de grillos” en la que se ha convertido la política española. Todo ha sido a blanco o negro, a favor o en contra radicalmente, nunca consensos, fruto del maniqueísmo imperante actualmente. Quiero señalar la poca responsabilidad y empatía que ha tenido la clase política durante la pandemia con la ciudadanía. Han seguido en su burbuja y han visto en esta situación excepcional una oportunidad para la lucha política. Además, los medios de comunicación no han estado a la altura y han seguido con su parcialidad informativa.

Tampoco se nos escapa que, a medida que se alargaba la situación de pandemia, la torcicera dicotomía entre salud y economía cobró protagonismo y comenzó una competición

entre territorios, (con otros países y con otras autonomías) por ver quién encontraba el mejor equilibrio y salía primero de esta situación. Aquí vimos los múltiples escenarios que se estaban desarrollando según territorios y cómo los que eran ejemplo un día, descendían al siguiente en una montaña rusa de países y situaciones. En todo caso, el discurso público giró hacia las responsabilidades individuales de protección y de relaciones sociales y, premeditadamente, olvidaron las relaciones socio-productivas y las obligaciones de las administraciones para combatir o paliar la pandemia, a excepción de las ayudas para el sostenimiento económico que, una vez más, condicionaron las reformas estructurales y la orientación futura deseada de la economía.

Creo que esas “tormentas perfectas epidemiológicas” pueden ser cada vez más frecuentes por diversos motivos:

- Salida (expulsión) de muchos animales salvajes de su hábitat natural por la deforestación para obtención de recursos naturales: madera, fuel, gas, minas de coltán, litio..., por la invasión humana de su hábitat natural y sobre todo el cambio climático que hace que sus condiciones de vida y su alimentación cambie y deban buscar otros territorios para alimentarse.
- Culto por el “exotismo” y el “estar siempre a la última”, experimentando con animales salvajes como si fueran animales domésticos y/o para experimentaciones culinarias.
- La gran movilidad poblacional por disponer de masivos medios de locomoción rápidos y baratos, lo que ha producido un aumento exponencial de los viajes por placer o por negocios. Las empresas ya no se limitan a un entorno local sino multinacional y globalizado.
- Creación de grandes urbes en deterioro de la vida rural (en 2019, según el Banco Mundial¹⁵⁴, el 56% de los habitantes del planeta viven en ciudades, cuando en 1990 era del 43% y en 1960 del 33%), lo que facilita el hacinamiento poblacional e incrementa las desigualdades sociales.
- Superpoblación mundial que propicia las desigualdades, la pobreza de muchos, el cambio climático, el hacinamiento, las migraciones...
- Muchos países, de los denominados “pobres”, no tienen los medios necesarios de detección y de solución inmediata de casos de enfermedades transmisibles, con lo que es más probable que en ellos se puedan ir incrementando los casos sin control ninguno (en este caso y en cualquier otra epidemia anterior y/o futura).

Una pregunta surge, entre otras muchas: ¿qué habría pasado si nuestras sociedades estuviesen solas y careciésemos de instituciones y organizaciones sólidas para afrontar el reto con garantías de éxito? Probablemente habría sucumbido mucha más gente, por lo que conviene hacerse estas preguntas para guiar la salida del túnel en el que nos hallamos todos, descartando soluciones individualistas que solo conducen a la vuelta de la esquina, y enfocando nuestros esfuerzos en el compromiso social, suma de los compromisos individuales, que es lo que nos sacará de este laberinto.

Conclusiones

Esta pandemia (o una de similares características) se esperaba desde hace años. Dedicando pocos minutos, cualquier persona puede localizar múltiples informaciones emitidas por entidades relevantes de prestigio que alertan (y alertaban) de los múltiples riesgos a los que está (y estaba) sometida la población mundial. Por ejemplo, la OMS¹⁵⁵ (febrero 2018): **10 amenazas a la salud mundial en 2018**.

También la OMS, en la documentación de referencia del **Sistema¹⁵⁶ mundial de vigilancia y respuesta a la gripe** (SMVRG) afirmaba que “... *los virus de la gripe son hasta la fecha los únicos patógenos conocidos que se sabe que causarán una pandemia. **Que la pandemia se producirá es una certeza**, pero una certeza llena de incertidumbres: no se sabe cuándo ocurrirá, dónde se originará, qué cepa vírica la causará ni cuán grave será (puede que sea tan moderada como la causada por el virus A(H1N1) 2009, tan catastrófica como la pandemia de 1918 o que esté en un punto intermedio entre ambas)*...”.

Otro ejemplo, del **Real Instituto Elcano¹⁵⁷** (*think-tank* de estudios internacionales y estratégicos), en el documento de 2016, titulado **Pandemias y bioamenazas globales del siglo XXI**, concluye diciendo: “... *es inevitable la aparición de nuevas epidemias y amenazas globales en las próximas décadas, tanto de origen natural como accidental e incluso intencionadas*...”.

Por último, una referencia al **Instituto Español de Estudios Estratégicos¹⁵⁸** (IEEES), en su documento titulado **Preparación y respuesta frente a enfermedades epidémicas: a propósito del Ébola**, de septiembre de 2014. En sus Conclusiones decía: “*Vivir en un mundo globalizado conlleva que un brote de enfermedad puede tener una aparición multifocal, incluso en diferentes continentes, prácticamente al mismo tiempo. Motivo por el cual, resulta prioritario potenciar la cooperación internacional al objeto de fortalecer los sistemas de salud pública de los países más débiles, para así establecer las medidas de control en los primeros momentos y evitar que un brote epidémico se transforme en pandémico. Esto que resulta fundamental en las enfermedades de transmisión por contacto resulta prioritario en las enfermedades de transmisión respiratoria*”.

Incluso en la ficción cinematográfica “*se nos preparaba*” para tal cosa en la película “**Contagio**”, de 2011: “*De repente, sin saber cuál es su origen, aunque todo hace sospechar que comienza con el viaje de una norteamericana a un casino de Hong Kong, un virus mortal comienza a propagarse por todo el mundo. En pocos días, la enfermedad empieza a diezmar a la población. El contagio se produce por mero contacto entre los seres humanos¹⁵⁹*”. Parece que a los seres humanos nos impresionan y aleccionan más las películas (y les hacemos más caso) que todo lo dicho y escrito por la comunidad científica internacional.

El mundo llegó a pensar que la *gripe A de 2009* era la que se convertiría en una pandemia, pero el temor a una crisis pandémica ha ocurrido 10 años más tarde, comenzando en noviembre de 2019 (aunque podría haberse iniciado mucho antes, y que se hubieran producido más casos que quedaron ocultos). En estos momentos es difícil conocer cuál y cuándo fue el primer caso. Lo que parece seguro es que este virus pasó de un pequeño murciélago a un ser humano y que pudo después ser transmitido de ese (o esos) humano a otros, evolucionando rápidamente y adaptándose.

Sobre el origen del virus, **“en lo que respecta a la OMS, todas las hipótesis siguen sobre la mesa...”** (OMS¹⁶⁰, 30 de marzo de 2021), aunque todo el mundo parece admitir como primer paciente diagnosticado una persona de 55 años, residente de la provincia de Hubei, que contrajo la enfermedad el 17 de noviembre de 2019. Posteriormente, el 1 de diciembre de 2019, en China se confirmaron 27 casos con origen en Wuhan. El 9 de enero la OMS confirmó que un nuevo tipo de coronavirus había sido aislado en una persona hospitalizada. Durante el mes de enero de 2020 se fueron comunicando varios casos en múltiples países, cuyos pacientes confirmados tenían todos su origen en Wuhan. A finales de enero ya se empezaron a reportar casos en varios países con pacientes que ya no provenían de Wuhan. El primer caso comunicado en España fue el de un turista alemán que estaba en La Gomera, y que fue confirmado el 31 de enero.

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS *“tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus”* el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de **«neumonía vírica»** que se habían declarado en Wuhan (República Popular China).

En la síntesis inicial de este documento decíamos que, en este largo año transcurrido desde la declaración en España del Estado de Alarma, con motivo de la Pandemia provocada por el virus Sars-Cov-2, hemos vivido circunstancias muy adversas. Muchas personas han muerto, otras muchas han enfermado y han padecido (y siguen padeciendo) importantes secuelas. La situación económica de nuestro país ha sufrido un cataclismo en el que aún estamos inmersos. Con este documento queremos aportar la visión del fenómeno pandémico desde varios ángulos, con la intención de enriquecer el análisis que, como sociedad, necesitamos realizar.

Pero fundamentalmente queremos destacar tres ámbitos en los que se ha sufrido especialmente el “maremoto pandémico”:

- Los **hospitales de la red pública**, y el “caos” en la gestión del día a día:
 - en España se han contagiado más de 132.000 trabajadores sanitarios hasta junio de 2021, en parte por el riesgo asociado a la profesión, y en una parte muy importante debido a la falta de medios en el inicio de esta crisis, cuando apenas había EPIs para el trabajo diario.
 - En muchos momentos “se han vaciado” los hospitales de pacientes que no fueran portadores de COVID, por la extraordinaria demanda de ingresos de pacientes positivos de COVID.

- Las especialidades médicas y quirúrgicas “han cerrado” sus consultas durante meses, y se han postpuesto durante muchos meses infinidad de consultas.
- El caos en las *residencias de ancianos*, con el “abandono” a su suerte de muchos ancianos:
 - La crisis inicial en las residencias de personas mayores ha significado uno de los momentos más tristes de nuestra historia reciente.
 - En muchos casos esas personas han fallecido sin apenas compañía ni tratamiento.
 - Es necesario investigar los posibles casos de negligencia y los de abandono.
- La desorganización y el caos en *Atención Primaria* y en la *Salud Pública*:
 - Las carencias en medios y recursos humanos han quedado demostradas palmariamente.
 - Se ha instaurado una especie de “consenso” en los diversos Servicios de Salud de las CC. AA., y la mayoría de la atención a los pacientes ahora es telefónica, y muchos centros de salud han cerrado y el personal se ha trasladado a otras funciones que no tienen nada que ver con la AP.
 - El rastreo y seguimiento de casos, en general, ha sido un fracaso.

Este documento se ha elaborado con la intención de poner en contexto la situación sanitaria en España previa al inicio de esta pandemia producida por el Sars-CoV-2 para tener, en lo posible, una más amplia visión desde los sectores sanitarios, sociales, laborales y económicos, intentando seguir la senda de “Salud¹⁶¹ en todas las políticas”. También hemos aportado la información más relevante que se ha ido produciendo desde el inicio de esta crisis pandémica.

En el Capítulo 1 se expone la Visión que, desde las Organizaciones en defensa de la sanidad pública, tenemos sobre cómo deberían ser nuestros Sistemas Sanitario y Sociosanitario. Entre otros puntos destacamos: una inversión y gasto sanitario que sea el necesario para atender las demandas de salud de nuestra población, expresando el papel vital que en el sistema sanitario debe tener la Atención Primaria y la Salud Pública, además de la imprescindible democracia participativa de la ciudadanía como usuaria del sistema.

A lo largo del Capítulo 2 se desarrolla un hilo conductor basado en datos y escenarios comparados de diversos países y de España (también de algunas CC. AA. y de Euskadi), como son el PIB, precios, salarios, presión fiscal, deuda y déficit públicos, pobreza y riesgo de pobreza, la deuda privada, y la protección social, destacando los sistemas de protección

social en España. En definitiva, hemos comprobado que España obtiene, en las diversas comparativas, unos resultados deficientes, cuyo origen es nuestra baja presión fiscal y de recaudación de impuestos que están muy por debajo de las necesidades de gasto e inversión que tiene nuestro país.

En el Capítulo 3 exponemos varias clasificaciones comparativas de los sistemas sanitarios mundiales a modo de ranking. También se relacionan los principales datos de varias encuestas que valoran los Sistemas Sanitarios. La conclusión que se obtiene de estos estudios es que la sanidad pública española “no era” tan extraordinaria como pensábamos en España.

A lo largo del Capítulo 4 se aborda el **Gasto Sanitario** y otros mecanismos y dispositivos sanitarios y datos de resultados comparados entre España y otros países europeos, así como de las CC. AA. españolas. También contiene un apartado dedicado a la Salud Pública y Medicina Preventiva.

El Capítulo 5 se dedica a analizar los datos de la Sanidad Pública en España y en Euskadi y las diferencias que se aprecian entre los resultados promedio de muy diversos indicadores.

El Capítulo 6 pretende resumir lo acontecido durante estos meses de pandemia. También se presentan diversos datos de contagios y letalidad de la COVID-19 en el mundo y en España. A continuación, se han abordado varios asuntos de gran interés para explicar lo sucedido, como lo son el caos en las residencias de mayores, y lo sucedido en los centros penitenciarios. También se aborda el crac sufrido por la economía española, la crisis en el empleo, el parón en turismo y hostelería, y cómo han vivido los jóvenes esta pandemia. Con un amplio final de capítulo se intentan plasmar las opiniones y percepciones de la ciudadanía de este tiempo vivido durante el último año, incluyendo también algunas opiniones de expertos y de sociedades científicas. Acaba el capítulo intentando dar respuesta a la pregunta de si estaba preparado nuestro sistema sanitario para esta pandemia, y si se podría haber evitado. También se consigna un apartado para intentar responder a la pregunta de si hemos aprendido, como sociedad, alguna lección que nos sirva para enfrentar en el futuro otros impactos sanitarios tan graves como este que estamos viviendo. Se finaliza con información sobre el ritmo de vacunación en el mundo (y las graves diferencias existentes) y se exponen algunos datos sobre los Planes de Recuperación y Resiliencia para España y Euskadi.

Este es un documento que se ha creado con el propósito de continuidad. Los datos y análisis que aquí se aportan son, en su mayoría, datos cuantitativos. Nuestra intención es seguir con el análisis cualitativo de estos datos, así como el análisis de los nuevos datos y acontecimientos que vayan surgiendo. También es nuestra intención realizar un análisis sociopolítico de las decisiones tomadas en todos los ámbitos decisorios: multinacional, nacional y autonómico.

Según la OMS¹⁶² “La COVID-19 no será la última emergencia sanitaria que padecerá el mundo, por lo que existe una necesidad urgente de preparación sostenible ante emergencias sanitarias para hacer frente a la próxima pandemia”.

Propuestas

- Ahondar en la cooperación internacional solidaria frente a las epidemias, priorizando siempre el bienestar de las personas.
- Colaborar para garantizar el crecimiento económico y el bienestar de la ciudadanía mundial, ya que el crecimiento económico sostenido en el tiempo en todos los países garantizará mejor vida y más salud mundial.
- Acabar (o limitar en lo posible) con los llamados “paraísos fiscales”, que han permitido la elusión de impuestos y el ocultamiento del capital a las grandes fortunas, vaciando las arcas públicas en muchos países.
- Fomentar el equilibrio internacional en la recaudación de impuestos a las grandes empresas multinacionales, de forma que se establezca un impuesto de sociedades mínimo global del 15% para evitar que las grandes empresas sorteen el pago de tributos (Pacto del G7 del 5 de junio 2021).
- Fortalecer la coordinación y la cooperación internacional para lograr una gobernanza mundial basada en los principios de equidad y justicia.
- Los gobiernos, con el apoyo de entidades internacionales, deben aumentar los subsidios y la capacidad de organismos tales como: CDC, USAID, OMS y otros organismos técnicos internacionales para una mayor colaboración con los países en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de control y vigilancia de enfermedades.
- Las vacunas contra este virus tienen que ser puestas al alcance de todos los países en el más corto espacio de tiempo posible.
- Según Daniel López Acuña, José Martínez Olmos y Alberto Infante Campos¹⁶³ (con los que coincidimos plenamente en este punto), “Las decisiones de las autoridades sanitarias para enfrentar la pandemia, afectadas también en gran medida por la “fatiga pandémica”, no se han apoyado suficientemente en las recomendaciones de los profesionales expertos en la materia: epidemiólogos, especialistas en salud pública, virólogos, inmunólogos, comunicadores, sociólogos, antropólogos y profesionales de otras disciplinas. Los entes multilaterales y los gobiernos nacionales, regionales y locales han ido muchas veces a su aire, sin construir el diálogo, el consejo informado y la cogobernanza necesarias mediante la participación de quienes pueden asesorar con mayor objetividad, con espíritu crítico y autocrítico, y sin sujeción a posicionamientos político- electorales. Lamentablemente, España ha sido un ejemplo de cómo la confrontación político - partidista ha entorpecido la lucha contra la pandemia. Convendrá, por tanto, revisar, los mecanismos de formulación y realimentación de las políticas públicas de salud para hacerlos más diversos, más interdisciplinarios, más inclusivos, más vinculados a la evidencia científica y a las experiencias exitosas en salud pública y la acción comunitaria”.

- Dicen Gro Harlem Brundtland y Elhadj As Sy, en su calidad de Co Presidentes de la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación (Global Preparedness Monitoring Board; GPMB), en el Informe anual sobre preparación mundial para las emergencias sanitarias (sept 2019) titulado “Un mundo en peligro¹⁶⁴”, y con cuya frase coincidimos plenamente, que **“Los dirigentes de todos los niveles detentan la clave. Es responsabilidad suya dar prioridad a la preparación con un enfoque pansocial que garantice la participación y protección de todas las personas”**.

Bibliografía recomendada

- ¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública y la importancia de lo político. Javier Padilla; 2019; Editorial Capitán Swing.
- Aprender a mirar la Salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. J. Benach y C, Muntaner; El viejo topo; 2005.
- COVID-19 La pandemia que no debería haber sucedido jamás, y cómo detener la siguiente. Debora Mackenzie; 2020; RBA Editores.
- Diez Lecciones para el mundo de la Postpandemia. Fareed Zakaría; 2020; Editorial Paidós Ibérica.
- El Estado como garante de la salud. Retos y amenazas. Médicos Mundi Bizkaia; Resumen ejecutivo enero 2018.
- El gasto sanitario en España. Cuadernos de información sindical; CCOO, Madrid 2013.
- El sistema sanitario público en España y sus CC. AA., Sostenibilidad y reformas; J.M. Abellán Perpiñán; Fundación BBVA, Madrid, 2013.
- Epidemiocracia. Javier Padilla; 2021; Editorial Capitán Swing.
- Las Administraciones ante los riesgos sociales y globales. Eloísa del Pino y Joan Subirats (coordinadores); Instituto Nacional de Administración Pública Madrid, marzo 2021 Colección: Innovación Pública.
- Las reglas del Contagio. Adam Kucharski; 2020; Editorial Capitán Swing.
- Pandemocracia. Daniel Innerarity; 2020; Editorial Galaxia Gutemberg.
- ¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios. J. Lister, M. Hellowell A. M. Pollock; Traficantes de sueños, Madrid, 2010.
- Un año a corazón abierto. Oriol Mitjà; 2021; Editorial Destino.
- Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. J.R. Repullo, L.A. Oteo; 2005; Editorial Ariel.
- Salud, pandemia y sistema sanitario. S Fernández Ruiz, M Sánchez Bayle, C Sánchez Fernández; 2020; Ediciones Akal.

Bibliografía web

- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. España: Informe del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición, 2018;20 https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf

State of Health in the EU. España, **Perfil sanitario nacional 2019 e Indicadores Clave del SNS**. Ministry of Health, Consumption and Social Welfare. INCLASNS (2019) https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf

Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2019 Informe monográfico. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_PrestacionFarmaceutica_2019.pdf

REDETS, Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, <https://redets.sanidad.gob.es/>

Crisis económica y salud en España; Ministerio de Sanidad, 2018; https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf

Evolución del empleo en el sector sanitario. Federación de Sanidad y Sectores Sanitarios, Sanidad CCOO (2017), <https://sanidad.ccoo.es/b2aced21afd9663ae30241c529fbdecf000058.pdf>

Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Ministerio de Sanidad; 2005; <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspanol.pdf>

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS; Informes, estudios e investigación 2014; Ministerio de Sanidad; <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevisionSNS.pdf>

Avanzando hacia la equidad; Informes, estudios e investigación 2015; ministerio de sanidad; https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España; Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior; Ministerio de Sanidad; https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

Martín, U., Bacigalupe, A. Morteruel, M. Rodríguez, E. Font, R. González E. González-Rábago, Y. Mosquera I. Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. **Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario**. Medicus Mundi. Diciembre 2016; https://medicmundi.es/storage/resources/publications/59d3933d85ff2_investigacion-completa.pdf

Los profesionales de la salud en España; Fundación Sindical de Estudios EDICIONES GPS-MADRID; Coordina: Alberto del Pozo y Marciano Sánchez Bayle; https://www.fadsp.org/components/com_booklibrary/ebooks/los_profesionales_salud.pdf

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria informe 2020; https://medicmundi.es/storage/resources/attachments/5fd20126bb301_informe-destacados-2020-esp.pdf

Informe 2020 medicusmundi Médicos del Mundo; https://medicmundi.es/storage/resources/attachments/5fd1ffcb2dd76_informe-medicus-mundi-2020.pdf

La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Cabases Hita, J.M. et al. Fundación BBVA, 2010; https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2010_financiacion_gasto_sanitario.pdf

Informes para el Análisis del Gasto Sanitario. Ministerio de Sanidad; julio 2005 y septiembre 2007; <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/infAnalisisGasto.htm>

Sistemas Sanitarios en transición. Volumen 20, N.º 2, 2018; España, Informe del Sistema Sanitario. Ministerio de Sanidad; Bernal Delgado E; García-Armesto S; Oliva J; Sánchez Martínez F I; Repullo J R; Peña- Longobardo L M; Ridao- López M; Hernández-Quevedo C; https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf

Crisis (esta crisis) y Salud (nuestra salud); Lamata Cotanda F; Oñorbe de Torre M; Bubok Publishing S. 2014; https://www.seaus.net/images/stories/pdf/crisis_salud.pdf

Páginas web de interés

Comisión europea; salud pública: https://ec.europa.eu/health/home_es

Organización Mundial de la Salud (OMS); CORONAVIRUS: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)): https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events?f%5B0%5D=output_types%253&ID=1041&List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568

Centers for Disease Control and Prevention; CDC: <https://www.cdc.gov/>

Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=OJ:L:2021:057:TOC>

Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19; Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm>

Transparencia sobre el nuevo coronavirus (COVID-19); Departamento de Salud, Gobierno Vasco. <https://www.euskadi.eus/nuevo-coronavirus-covid-19/>

Osalde, actualidad sobre la pandemia por Covid-19. Opinión y noticias: <https://osalde.org/blog-posts-2/>

Referencias y anotaciones

1. Iñaki Ereño; El Confidencial, Tribuna, 24/04/2020; La sanidad que queremos. Recuperado el 22/07/2020. Ver en: https://blogs.elconfidencial.com/espana/tribuna/2020-04-24/sanidad-covid-digitalizacion-telemedicina_2562720/
2. <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/2195-propuestas-urgentes-para-la-sanidad-publica-tras-la-pandemia>
3. <https://osalde.org/editorial-breves-reflexiones-sobre-la-epidemia-del-coronavirus-2/>
4. https://ec.europa.eu/info/topics/single-market/services-general-interest_es#:~:text=Los%20servicios%20de%20inter%C3%A9s%20general%20son%20aquellos%20que%20las%20administraciones,Estado%20como%20el%20sector%20privado.
5. https://argitalpen.ararteko.eus/index.php?leng=eusk&id_l=68&id_a=2138
6. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
7. La participación en el ámbito social. José Oscar Rebollo Izquierdo. Comunidad y cambio social: teoría y praxis de la acción comunitaria, coord. por Marco Marchioni, 2001, ISBN 84-7884-234-9, págs. 115-128.
8. <https://osalde.org/10315-2/>
9. <https://www.medicusmundibizkaia.org/wp-content/uploads/2018/02/Relatoria-Jornadas-Feb2018-EL-ESTADO-COMO-GARANTE-DE-SALUD.pdf>
10. <https://www.elfaradio.com/2020/05/23/medicmundi-tenemos-que-decidir-si-buscamos-culpables-o-buscamos-mejoras/>
11. http://www.ateneocultural1mayo.org/comunes/recursos/99928/doc46450_Observatorio_Social_y_Sanitario_Num._1.pdf
12. <https://www.ccoo.es/04fcd8b686bc884f144967692c42c10f000001.pdf>
13. <https://1mayo.ccoo.es/f1791e9b346d3a6b7321c305bf923c51000001.pdf>
14. <https://pensionistas.ccoo.es/26f074caa793de0ddc13f8118e7204c4000059.pdf>
15. <https://medicmundibizkaia.org/entrevista-gorka-maiz-ojala-un-cambio-en-la-mirada-de-quienes-gestionan-que-incluya-a-la-atencion-primaria-no-como-uno-de-los-apartados-del-sistema-sino-como-la-forma-de-entender-la-atencion-y-l/>
16. http://efekeze.com/wp-content/uploads/Posicionamiento-EFEKEZE-Situaci%C3%B3n-AP_V3.pdf
17. <https://osalde.org/quienes-somos-2/osalde-nuestro-compromiso/>
18. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981 Recuperado el 27/06/2020.
19. <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD>
20. Economipedia <https://economipedia.com/definiciones/paridad-del-poder-adquisitivo-ppa.html#:~:text=La%20paridad%20del%20poder%20adquisitivo,de%20vida%20en%20cada%20pa%C3%ADs.> Recuperado el 27/06/2020.

21. <https://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D0303.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=586%2F263%2F0303%2C1.pdf&ssbinary=true>
22. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tec00001&language=en>
23. https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_155/elem_2520/definicion.html#:~:text=El%20producto%20interior%20bruto%20a,Puede%20definirse%20de%20tres%20formas%3A&text=Tambi%C3%A9n%20es%20igual%20al%20saldo,del%20total%20de%20la%20econom%C3%ADa
24. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00114/default/table?lang=fr>
25. World Economic Outlook (October 2020) - GDP per cápita, current prices (imf.org).
26. Piergiorgio M. Sandri. La disparidad de precios en la UE persiste pese al mercado único. En: <https://www.lavanguardia.com/economia/20170616/423425108512/diferencia-precios-paises-ue-mercado-unico.html> Recuperado el 28/06/2020.
27. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TEC00120/default/table>
28. Guías jurídicas. https://www.guiasjuridicas.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAA AAAAEAMtMSbF1jTAAASMTCyMLtBLUouLM_DxbI wMDSNDQ3OQQGZapU-ckhlQapt WmJOcSoAuXVw7DUAAAA=WKE Recuperado el 27/06/2020
29. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TEC00013/default/table>
30. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10882#!tabs-tabla>
31. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28191#!tabs-tabla>
32. <https://datosmacro.expansion.com/mercado-laboral/salario-medio>
33. <https://datosmacro.expansion.com/impuestos/presion-fiscal>
34. <https://datosmacro.expansion.com/deficit>
35. <https://datosmacro.expansion.com/deuda>
36. https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/NotasInformativas/21/presbe2021_41.pdf
37. https://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/temas/te_deu.html#grafExt
38. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/T2020_52/default/table
39. https://www.eustat.eus/elementos/ele0012400/Indicadores_comparados_de_pobreza_precariedad_y_desigualdad_en_paises_de_la_Union_Europea_1_/tbl0012467_c.html
40. http://www.ces.es/documents/10180/5213283/Memoria_Socioeconomica-CES-2019.pdf/c7e2dccf-48c2-a992-79b1-de2b9870556f
41. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_spanish.pdf
42. https://www.eustat.eus/elementos/ele0003500/indicadores-de-gasto-en-proteccion-social-por-pais/tbl0003523_c.html
43. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581#
44. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2915>
45. <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/RentasMinimas.htm>
46. <https://www.lanbide.euskadi.eus/rgi/-/informacion/que-es-la-rgi/>

47. https://www.airef.es/wp-content/uploads/RENTA_MINIMA/20190626-ESTUDIO-Rentas-minimas.pdf
48. <https://www.ccoo.es/b878b78da8a9fb2d586f18548b5395f2000001.pdf>
49. <https://www.ucm.es/monitorss/informes>
50. <https://www.ccoo.es/42ea0c6c33b835bc1a4e468e110ab133000001.pdf>
51. <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/05/Informe-FOESSA-2019-completo.pdf>
52. https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/SalaPrensa/NotasInformativas/21/presbe2021_03.pdf y https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736164439&menu=resultados&idp=1254735576581
53. Luis Ayala, UNED y Equalitas Olga Cantó, Universidad de Alcalá y Equalitas. Los efectos redistributivos de las prestaciones sociales y los impuestos: un estado de la cuestión. Recuperado el 04/07/2020 en: <https://observatoriosociallacaixa.org/-/los-efectos-redistributivos-de-las-prestaciones-sociales-y-los-impuestos-un-estado-de-la-cuesti%C3%B3n>
54. https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf
55. http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf
56. <https://www.bloomberg.com/toaster/v1/charts/79fb96617b604712b356d11b070dd449.html?brand=business&webTheme=default&web=true&hideTitles=true>
57. <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-pa%C3%ADs>
58. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/RESUMEN_EJECUTIVO_BS_2019_V2.pdf
59. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/RESUMENGRAFICO_BS2019.pdf
60. <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4181362018SPANISH.PDF>
61. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
62. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-index-matrix-A3-sheet.pdf>
63. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=378773>
64. Crisis económica y salud en España; Ministerio de Sanidad, 2018; Oliva Moreno J, González López-Valcárcel B, et al. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf
65. <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud>
66. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5f5b6833-fr.pdf?expires=1593602465&id=id&accname=guest&checksum=CD2F2C8B29B4AAB0FA69836BBDF2902E> (pág. 155).
67. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSdatosEstadisticos.xls>
68. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5f5b6833-fr.pdf?expires=1593602465&id=id&accname=guest&checksum=CD2F2C8B29B4AAB0FA69836BBDF2902E> (pág. 157).
69. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_2.htm
70. https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database?node_code=hlth

71. Curso MIR Asturias; <https://www.curso-mir.com/especialidades/mpsp-1.html#:~:text=objetivo%20de%20la%20medicina,y%20tratamiento%20de%20la%20enfermedad%E2%80%9D>.
72. Félix Lobo y Marta Trapero-Bertrán; Cuadernos de Información Económica, N.º 280 (enero-febrero) FUNCAS; <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2021/03/VERSI%C3%93N-%C3%9ALTIMA.pdf> Y también: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2021/01/08-2101_Trapero.indd_.pdf
73. Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID- 19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Madrid, 2020; https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
74. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/inteligenciaepidemiologica/inteEpid.htm>
75. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210118-1?redirect=/eurostat/en/web/main/news/whats-new>
76. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/Cap.6_GastoSanitario.pdf
77. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
78. Presupuestos de País Vasco <https://www.euskadi.eus/k28aVisWar/k28aSelEjer.jsp>
79. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr&SubSessionId=70eb8b00-a959-419a-996e-e9df2945d232&themetreeid=9>
80. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/DatosGlobal/GlobalDiciembre2020.htm>
81. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoHospitalario/CHDiciembre2020.htm>
82. <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2021/05/PoliticaFarma.pdf>
83. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
84. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
85. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/SNS08.pdf>
86. <https://www.who.int/news/item/30-03-2021-who-calls-for-further-studies-data-on-origin-of-sars-cov-2-virus-reiterates-that-all-hypotheses-remain-open>
WHO-convened Global Study of the Origins of SARS-CoV-2 <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/origins-of-the-virus>
87. <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3074991/coronavirus-chinas-first-confirmed-covid-19-case-traced-back>
88. <https://www.washingtonpost.com/politics/2021/05/25/timeline-how-wuhan-lab-leak-theory-suddenly-became-credible/>
89. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm>
90. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
91. <https://coronavirus.jhu.edu/region>
92. <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus>

93. <https://www.euskadi.eus/coronavirus/>
94. https://www.imserso.es/imserso_01/mas_informacion/serv_soc/sem_cr/index.htm
95. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/reportajes/residencias-en-tiempos-de-covid-personas-mayores-abandonadas-a-su-suerte/>
96. https://www.institucionpenitenciaria.es/es/gabinete-de-prensa/notas-de-prensa?p_p_id=genericseeker_INSTANCE_uXD5z5Xpq9lu&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_genericseeker_INSTANCE_uXD5z5Xpq9lu_page=%2Fnew.jsp&_genericseeker_INSTANCE_uXD5z5Xpq9lu_idNew=743073&_genericseeker_INSTANCE_uXD5z5Xpq9lu_idArticle=1&_genericseeker_INSTANCE_uXD5z5Xpq9lu_idPagination=0
97. <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estad%C3%ADstico+de+l+Ministerio+del+Interior+2019/81537fe0-6aef-437a-8aac-81f1bf83af1a>
98. Informe de situación de la Economía Española artículo 15.5 LOEPSF: Ministerio de Hacienda
99. <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/ContabilidadNacional/ContabilidadNacional.aspx>
100. <https://www.bde.es/webbde/es/estadis/infoest/indeco.html>
101. <https://es.statista.com/temas/6510/impacto-del-coronavirus-en-el-sector-turistico-en-espana/>
102. https://mesadelturismo.org/wp-content/uploads/2020/01/COYUNTURA_TURISTICA_2020.pdf
103. <https://www.nebrija.com/medios/actualidadnebrija/2021/02/26/la-aportacion-del-turismo-al-pib-espanol-cae-del-124-al-55-en-2020/>
104. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/04/paroreg2021-03_16a29anos_tablas.pdf
105. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espana_2020_0.pdf
106. http://www.cis.es/cis/opencms/ES/9_Prensa/Noticias/2021/prensa0494NI.html
107. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120301282?via%3Dihub>
108. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.23129>
109. https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/00._informe_covid-19_y_discapacidades_intelectuales_y_del_desarrollo.pdf
110. <https://osalde.org/salud-mental-y-pandemia/>
111. <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/general/doChangeLocale/locale/fr/curEvent/survey.getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2256/#p=1&instruments=special&yearFrom=1974&yearTo=2020&surveyKy=2256>
112. <https://www.pwc.es/es/encuesta-mundial-ceos-2021.html>
113. <https://www.funcas.es/boletines/el-arranque-de-2021-tercera-ola-vacunas-y-desconcierto/>
114. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; ENCUESTA OEDA-COVID 2020; <https://www.msbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/Prese260321123314261.pdf>
115. European Laboratory of Learning and Intelligent Systems (ELLIS): <https://ellisalicante.org/es/covid19impactsurvey>
116. <https://www.uniglobalunion.org/es/news/encuesta-mundial-sobre-los-trabajadores-y-trabajadoras-del-sector-de-cuidados-un-ano-despues>

117. https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/resumen_ejecutivo_impacto_covid_.pdf
118. https://ec.europa.eu/spain/Spain_comes_fourth_in_the_ranking_of_European_citizenship_feeling_es
119. https://ec.europa.eu/spain/sites/default/files/st90_-_report_repes_-_vf110219_limpiar_.pdf
120. <https://jacobinmag.com/2020/03/david-harvey-coronavirus-political-economy-disruptions>
121. <https://www.dailymotion.com/video/x7xpxbg>
122. <https://www.noticiasde.es/catalunya/barcelona/oriol-mitja-critica-la-gestion-de-la-pandemia-en-un-libro-a-los-politicos-les-da-igual-todo/y> su Libro: Un año a corazón abierto; Oriol Mitjà, Ediciones Destino, 2021.
123. [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30239-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30239-5/fulltext)
124. https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/prensa/semi/manifiesto_sociedades_cientificas_a4_def.pdf
125. <https://facme.es/wp-content/uploads/2020/08/20200807-FAC-CO-TheLancet-web.pdf> y también: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931713-X>
126. <https://www.aireamos.org/carta-a-los-gobiernos-sobre-prevencion-de-covid/>
127. https://www.elconfidencial.com/espana/coronavirus/2021-03-10/auditoria-pandemia-covid19-datos_2982316/
128. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF
129. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Aprobacion_Pleno.pdf
130. https://www.congreso.es/web/guest/notas-de-prensa?p_p_id=notasprensa&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view¬asprensa_mvcPath=detalle¬asprensa_notalId=37009
131. https://www.congreso.es/web/guest/comisiones?p_p_id=organos&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&codComision=390&selectedLegislatura=XIV
132. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-la-comision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>
133. <https://saludporderecho.org/comision-reconstruccion-decepcion-conclusiones/>
134. https://facme.es/wp-content/uploads/2020/07/20200720-FACME-An%20c3%a1lisis-propuestas-Grupo-de-Trabajo-de-Sanidad_Comisi%20c3%b3n-Reconstrucci%20c3%b3n.pdf
135. https://www.abc.es/sociedad/abci-panel-expertos-concluye-pandemia-covid-podria-haber-evitado-mejores-alertas-202105121221_noticia.html
136. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210512/como-prevenir-proxima-pandemia-recomendaciones-panel-independiente-expertos-oms-coronavirus-11718344>
137. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-57089349>
138. https://www.24matins.es/topnews/portada/la-pandemia-podria-haberse-evitado-afirman-expertos-independientes-263642?utm_source=google-news&utm_campaign=noticias
139. <https://theindependentpanel.org/mainreport/>
140. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Summary_COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf
141. Cuadernos de Estrategia 203; Instituto Español de Estudios Estratégicos; Ministerio de Defensa, febrero 2020 http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_203_2p.pdf

142. <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
143. Martín-Moreno JM, et al. Reflexiones sobre cómo evaluar y mejorar la respuesta a la pandemia de COVID-19. *Gac Sanit.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.008>
<http://fernandolamata.blogspot.com/>
https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=355&modo=1¬a=0&tab=2
https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL
144. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=355&modo=1¬a=0&tab=2
145. <http://fernandolamata.blogspot.com/>
146. https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL
147. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.057.01.0017.01.SPA&toc=OJ%3AL%3A2021%3A057%3ATOC
148. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32020R2094>
149. https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es
150. https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/presidencia/Paginas/2021/300421-plan_recuperacion.aspx
151. <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2020/espana-puede.aspx>
152. <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>
153. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf>
154. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS.25>
155. <https://www.who.int/features/2018/10-threats-global-health/es/>
156. https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/updates/GISRS_one_pager_2018_SP.pdf
157. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari42-2016-martinezhernandez-pandemias-bioamenazas-globales-siglo-21
158. http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2014/DIEEEE0103-2014_EnfermedadesEpidemicas_Ebola_AlbertoCiqueMoya.pdf
159. <http://www.ub.edu/cinemaialut/es/content/contagio>
160. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2021-who-calls-for-further-studies-data-on-origin-of-sars-cov-2-virus-reiterates-that-all-hypotheses-remain-open>
161. https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-es.pdf?ua=1
162. <https://www.who.int/es/news/item/01-10-2020-the-best-time-to-prevent-the-next-pandemic-is-now-countries-join-voices-for-better-emergency-preparedness>
163. ¿Qué lecciones nos ha dejado la pandemia a lo largo del último año?; en: https://www.eldiario.es/blog/ciencia-contra-la-pandemia/lecciones-dejado-pandemia-ultimo-ano_132_7308667.html
164. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_Spanish.pdf

