



London, Banksy

La red de salud mental y las políticas contra la crisis en España

Alberto Fernández Liria¹
Ana Moreno Pérez¹

El impacto de la crisis y las políticas de respuesta sobre la salud y la salud mental

En 2009 el Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud adoptó la resolución EUR/RC59/53 (World Health Organization Regional Committee for Europe, 2009) urgiendo a los Estados Miembros a asegurar que sus sistemas de salud continuarían protegiendo y promo-

viendo el acceso universal a servicios efectivos de salud en los tiempos de crisis.

En 2011 la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud publicó un documento sobre el impacto de la crisis sobre la salud mental (Wahlbeck, Anderson, & Basu, 2011). Para amortiguar dicho impacto proponían cuatro líneas de actuación: 1) desarrollar programas de inserción

¹ Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

laboral, 2) apoyar a las familias, 3) controlar los precios y la disponibilidad de alcohol y 4) asegurar la atención primaria para personas en riesgo. Guiados por la idea de que en tiempos de crisis son necesarios más y mejores sistemas de atención, proponen para potenciarlos: 1) combatir el estigma, 2) invertir en salud mental, 3) continuar las reformas en salud mental y 4) asegurar la universalidad.

En un documento de la misma organización publicado en 2012 en el que revisan las políticas de respuesta a la crisis (Mladovsky, Srivastava, & Cylus, 2012), queda claro que lo que los gobiernos están haciendo en términos generales es exactamente lo contrario. Refiriéndose a España señala lo siguiente:

1. Incluye a España entre los países que han recortado los fondos destinados al cuidado de la salud (cita también a Bulgaria, Croacia, Estonia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Grecia, Letonia, Rumanía y Portugal).

En realidad, aunque esto no figura en el informe porque ha sucedido con posterioridad a su publicación, Sanidad es el ministerio español con mayor recorte en los presupuestos para 2013 (un 22,6%: 536 millones de euros en 2012 frente a los 415 millones de 2013). El gasto del conjunto de los ministerios se redujo un 8,9% (March Cerdá & Prieto Rodríguez, 2013).

2. Señala el desarrollo de políticas que modifican la contribución de las distintas partes implicadas en el cuidado de la salud. Dado que en España

la atención sanitaria no depende del Estado Central sino de las Comunidades Autónomas, el informe se refiere al plan de viabilidad económica puesto en marcha en Cataluña que supuso una disminución del 10% del gasto asignado a Sanidad entre 2010 (año que el sistema de salud catalán terminó con un déficit de 850 millones de euros) y 2011.

En los presupuestos de 2013 solo 2 de las 17 comunidades autónomas (ambas muy pequeñas, La Rioja y Cantabria) se han librado de los recortes respecto al de 2012, que, en algunos casos, como el de Aragón, han llegado al 15,2%. En Cataluña la política de recortes que ya reseñaba el informe de la OMS ha continuado en los años siguientes de modo que el presupuesto se ha recortado en tres años en un 25% (March Cerdá & Prieto Rodríguez, 2013).

El informe es anterior a la medida legislativa más importante tomada en este terreno: un Real Decreto ("Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones") por el que el Sistema Nacional de Salud español deja de concebirse como un servicio nacional de salud financiado por los impuestos y que presta atención a los ciudadanos por el hecho de serlo para pasar a ser un sistema de seguridad social en el que el derecho a la prestación sanitaria está en función del hecho de estar cotizando como trabajador (García Rada, 2012a). Esta medida supone iniciar el camino en dirección

opuesta a lo recomendado por la OMS en el documento anterior respecto a asegurar la universalidad y conlleva privar del derecho a la asistencia a mayores de 26 años que no hayan cotizado por no haber estado nunca empleados, parados que hayan perdido la prestación por desempleo y no reúnan determinados requisitos y a los inmigrantes que no coticen a la seguridad social.

3. España aparece junto con Austria, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Croacia, la República Checa, Francia, Estonia, Grecia, Islandia, Irlanda, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, República Moldava, Polonia, Portugal, Rumanía, Federación Rusa, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, Antigua República Yugoslava de Macedonia y Turquía, entre los países que han tomado medidas para reducir los costos de la sanidad intentando actuar sobre el gasto en medicamentos y material sanitario mejorando las estrategias de compra o racionalizando o restringiendo su uso.

También con posterioridad al documento de la OMS y en virtud del mismo Real Decreto antes citado ("Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones") se ha modificado la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, para la que se produce aportación económica por parte del usuario en el momento de uso. Se ha incrementado la aportación que debe hacer el paciente para adquirir los fár-

macos (para los trabajadores activos aumenta el tanto por ciento que los cotizantes deben abonar de un 40% hasta un 60%; los pensionistas, que, hasta entonces no debían aportar nada en el momento de adquirir las medicinas, deben pagar una parte del medicamento en relación con su nivel de renta). Lo mismo sucede con las prótesis, los productos dietéticos y otros. Por primera vez, se incluye en este apartado el transporte sanitario no urgente que, hasta esta medida, era gratuito en el momento del uso –en el primer mes de 2014, tras un informe del Consejo de Estado en el que se cuestiona el ahorro que produciría esta medida, se anuncia que no se aplicará el copago en el transporte no urgente, prótesis y dietotéticos (Sevillano, 2014)-. Se establece una cartera mínima común a todas las comunidades autónomas pero se deja abierta la posibilidad de que la cartera complementaria sea desigual entre las distintas comunidades autónomas. Las comunidades autónomas de Cataluña y Madrid han intentado implantar una tasa adicional de un euro por cada receta que, de momento, ha sido paralizada por el Tribunal Constitucional (Fabra, 2013).

Hay que añadir a esto que el 17 de agosto de 2012 se actualiza la lista de medicamentos no financiados por el SNS, que deja fuera a aproximadamente 400 presentaciones farmacéuticas que hasta entonces sí habían sido financiadas ("Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la ac-

tualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica», 2012).

4. Algunos de los planes de sostenibilidad de algunas comunidades autónomas, muy especialmente los de Madrid y Castilla La Mancha, incluyen como supuesta medida de ahorro la venta o la externalización de la gestión de los hospitales (7 en Madrid¹ y 4 en Castilla-La Mancha) y otros recursos sanitarios públicos (Prats, 2012), (Sevillano, 2013c). Tras esta venta, las empresas adjudicatarias recibirían de la Administración una cantidad anual por cada habitante de la población cuyas necesidades sanitarias se comprometerían a atender. Esta medida se toma a pesar de que las expectativas sobre el ahorro que pueda producirse con esta medida no se cumplieron (sino todo lo contrario) en Valencia, la primera comunidad en la que se ensayó este modelo (McKee, Edwards, & Atun, 2006). De hecho, el hospital de Alzira (Valencia), el primer centro público de gestión privada de España, abierto

¹ El Tribunal Superior de Justicia de Madrid no acepta el recurso que presentó la Comunidad contra la suspensión de la privatización de seis hospitales públicos madrileños. La paralización decidida el 9 de enero y ratificada el 27 de enero de 2014 por la Sala de lo Contencioso-Administrativo parece haber sido decisiva para el anuncio de la renuncia al proceso privatizador de la sanidad que ha hecho el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González. Se ha producido también la dimisión del Consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty. Desde el punto de vista de los autores, esta decisión, determinada por las actuaciones judiciales, no cambia el ideario neoliberal (que sigue adelante en otras comunidades) ni el intento de conversión de la sanidad en un próspero nicho de mercado.

en 1999, tuvo pérdidas de un millón de euros el primer año, 900.000 en el segundo, 450.000 en el tercero y 2,67 millones en el cuarto (2002). El Gobierno de la Generalitat Valenciana que, de ningún modo podía permitir que la población quedara desasistida como consecuencia del cierre de la empresa, en 2003 se vio obligado a articular una operación de rescate dirigida a hacer las condiciones del contrato más atractivas para la adjudicataria. La Generalitat rescindió el acuerdo con la concesionaria (ADESLAS y Ribera Salud, integrada por las cajas valencianas Bancaja y CAM) y volvió a sacar el hospital a concurso con los pliegos modificados. El nuevo contrato contemplaba, además del hospital, el control de los centros de atención primaria del departamento (la puerta de entrada al hospital). Además, se incrementó el pago del canon anual que la Administración valenciana pagaba por cada habitante de la comarca de La Ribera en un 68%. El mismo consorcio empresarial que había sido rescatado volvió a presentarse con las nuevas condiciones y obtuvo la concesión. En 2009, obtuvieron un beneficio de 2,1 millones de euros. Pero a costa de un incremento del gasto público (Prats, 2011), (Prats, 2013).

5. El personal sanitario, como otros empleados públicos, ha visto reducido sustancialmente su poder adquisitivo. En 2011 se congeló su salario, en 2012 se bajó el sueldo un 5%, en 2013 el sueldo se mantuvo congelado y se aumentó la jornada laboral a 37.5 h/semana. Para 2012 y 2013 el gobierno aumentó entre un 0.75 y un 7% el Im-

El mismo consorcio empresarial que había sido rescatado volvió a presentarse con las nuevas condiciones y obtuvo la concesión

puesto de la Renta y el Impuesto sobre el Valor Añadido pasó, para algunos servicios y productos, del 8 al 21%. El 15 de julio de 2012 se suspendió la paga extra para el personal público.

En casi todas las comunidades autónomas, el recorte presupuestario ha supuesto la pérdida de puestos de trabajo (no se sustituyen las bajas laborales, ni las jubilaciones; no se contrata a eventuales para sustitución en vacaciones; se ha despedido a eventuales e interinos).

Impacto de la crisis sobre el nivel de salud mental y la demanda de atención

Lo cierto es que no se ha producido un empeoramiento neto de los grandes indicadores de salud, como la tasa de suicidios (Instituto Nacional de Estadística, 2013) o los de la Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2013) que incluye entre sus preguntas las del GHQ-12 (Goldberg et al., 1997) a partir de 2008 y otras sobre salud y uso de servicios.

Aumento de la tasa de consultas en atención primaria por trastornos del humor, de ansiedad, somatomorfos y consumo de alcohol

Varios autores, sin embargo, han argumentado que si bien se ha producido un descenso neto de la tasa de suicidios, éste ha sido menor de lo esperable si tenemos en cuenta la tendencia que venía dibujándose desde principios del siglo, por lo que podría hablarse de un efecto negativo de la crisis sobre este indicador tanto en la región europea en su conjunto (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013) como en España (Lopez Bernal, Gasparrini, Artundo, & McKee, 2013).

No tenemos datos fiables sobre la repercusión de la crisis en la demanda sobre los recursos especializados de salud mental. En cualquier caso la demanda en el nivel especializado de atención está filtrada por la atención primaria. Un trabajo metodológicamente muy riguroso llevado a cabo en atención primaria señala un aumento de la demanda a este nivel sobre todo por trastornos del humor, pero también por trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y abuso de alcohol (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013). El aumento de prevalencia de estos trastornos se asocia al desempleo del paciente o un miembro de su familia y a los problemas en el pago de las hipotecas y desahucios.

Podríamos resumir, con los datos disponibles en la actualidad, que la crisis y las políticas desarrolladas por los gobiernos para afrontarla han tenido consecuencias a varios niveles:

1. Sobre el nivel de salud mental
 - 1.1. Disminución de la tendencia a la disminución de la tasa de suicidios
 - 1.2. Aumento de la tasa de consultas en atención primaria por trastornos del humor, de ansiedad, somatomorfos y consumo de alcohol en relación con desempleo propio o de un familiar y con las dificultades para pagar las hipotecas y desahucios.
2. Sobre el sistema específico de atención a la salud y a la salud mental
 - 2.1. Ruptura de la universalidad en el acceso a la atención sanitaria, dejando fuera del mismo a colectivos vulnerables (desempleados de larga duración, inmigrantes en situación administrativa irregular...).

2.2. Aumento de la inequidad en el acceso efectivo al derecho al cuidado de la salud (aumento de las listas de espera; dificultad en el acceso a los medicamentos según el nivel de renta...).

3. Sobre los sistemas de protección

3.1. Aumento de las bolsas de población que quedan fuera de los sistemas de protección y viven por debajo del umbral de la pobreza (pérdida de prestaciones en situación de desempleo, de ayudas a la educación, situaciones de dependencia...).

Razones y sinrazones para una política

Así, en España, hasta que el gobierno conservador rompió por decreto la universalidad (García Rada, 2012a), existía un sistema sanitario público financiado con los impuestos, que ofrecía una atención universal que era gratuita en el momento de pago. La atención sanitaria, era un servicio público que –salvo excepciones que se concentran muy especialmente en Cataluña– se proporcionaba –y se sigue proporcionando aún– utilizando recursos públicos y por funcionarios públicos.

Según datos del Banco Mundial, el gasto per cápita en salud español es 3.027 dólares y sus indicadores de salud son según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2010) mucho mejores que los de países con gasto muy superior como Estados Unidos (8.608 \$), Francia (4.952 \$), Alemania (4.875 \$) o Reino Unido (3.609 \$)(Banco Mundial, 2013\$). Dispone pues de un sistema de salud sumamente eficiente.

Sin embargo, en un país en el que se han dedicado decenas de miles de millones de euros a salvar a los bancos (de Miguel, 2013), parece haber habido un acuerdo entre los gobiernos que se han sucedido en el poder tanto en el Estado Central como en las Comunidades Autónomas, que tienen la competencia de la atención sanitaria, no sólo en reducir el gasto en salud, sino además, en cambiar el sistema que tan buenos resultados en salud ha dado por tan poco precio.

Ello responde a una equivocación, a un mito y a un propósito. La equivocación consiste en haber confundido la economía con la contabilidad. El mito pretende que la gestión privada proporciona mejores resultados que la pública. El propósito es expandir lo que el cuidado de la salud tiene de terreno para el negocio de los inversores privados.

Una equivocación: contabilidad y economía

Lo peor no es que cuando se habla hoy de argumentar algo en materia de salud (como en cualquier otra cosa) se hable necesariamente de argumentos económicos. Lo peor es que se está llamando argumentos económicos a lo que no son sino argumentos contables.

Hay tres tipos o tres niveles de argumentos económicos que podrían aplicarse a la atención a la salud. Y hay posibilidad –en realidad hay necesidad– de discutir los que se están dando a cualquiera de los tres niveles. Pero es importante saber en qué nivel nos situamos y no olvidar que los otros existen.

El mito pretende que la gestión privada proporciona mejores resultados que la pública

Un primer nivel concerniría al modelo económico en el que la atención a la salud de la que se discute tiene sentido. A ese nivel se plantean las preguntas sobre si podemos dar por bueno que el objetivo de la atención a la salud sea fundamentalmente reparar la fuerza de trabajo dañada por la enfermedad. O si es viable y legítimo un sistema que para satisfacer las demandas de una exigua minoría de la población necesita empobrecer a la inmensa mayoría que, para subsistir, sólo dispone de su fuerza de trabajo. O si tiene sentido sostener un sistema que, para no colapsarse, necesita mantener un crecimiento que sabemos que, de persistir, acabará en un plazo más corto que largo con las posibilidades de vida de la especie humana en el planeta Tierra.

Chalk Farm Rd and
Regent's Park Rd,
2006, Banksy



Un segundo nivel es el que permite analizar las consecuencias de los problemas y las acciones de atención a la salud en el marco del sistema y planificarlas de acuerdo con esas previsiones. Un ejemplo paradigmático de este tipo de análisis es el que ha conducido en el Reino Unido al desarrollo del programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). En 2006 un trabajo de la *London School of Economics* (Layard, 2006) (Mental_Health_Policy_Group, 2006) señalaba que el coste de formar y contratar los 10.000 psicoterapeutas necesarios para que recibieran alguna de las intervenciones psicológicas recomendadas por las guías NICE el millón de ciudadanos que cobran prestaciones por incapacidad laboral debida a trastornos depresivos o de ansiedad, podría pagarse sin ningún gasto adicional con el dinero ahorrado si la aplicación de estos tratamientos consiguiera reducir en un mes la duración de esa incapacidad laboral (nótese que hablamos sólo del coste de las prestaciones, mucho menor que el coste global del trastorno y mucho menor aún de la cantidad resultante si a esto le sumamos la actividad productiva perdida). En Octubre de 2007 el gobierno británico anunció que hacía suya la propuesta de desarrollar este plan (el IAPT) formando y desplegando los recursos en siete años. Los análisis realizados en el punto medio del desarrollo del plan (Clark, 2011) confirman que los cálculos eran correctos tanto en lo que se refiere a los resultados clínicos como al equilibrio entre costes y ahorro (en los que han superado las expectativas).

Pero los gobernantes españoles (los del Estado Central y los de cada Comunidad Autónoma) cuando dicen que hablan de economía no hablan de economía. Ni siquiera a este segundo nivel. Se limitan a hacer contabilidad: a hablar de las entradas y las salidas de la caja registradora de cada dispositivo. Sin preocuparse de si generar esas entradas o el modo en el que se gestionan las salidas, genera un agujero muchísimo mayor enfrente del dispositivo del que estamos hablando.

Un ejemplo de esta actitud es la decisión tomada por los gobernantes de varias comunidades autónomas de jubilar obligatoriamente a los 65 años a los médicos que antes podían prolongar su vida laboral hasta los 70 (Sevillano, 2013a). Como estos médicos no han sido sustituidos por otros, esto produce un ahorro en la contabilidad del Servicio Madrileño de Salud (o del de la Comunidad Autónoma de la que se trate). Pero, obviamente produce un gasto casi equivalente en pensiones de jubilación. Con el agravante de que mientras los médicos obligados a jubilarse cobran sus pensiones, los pacientes a los que estarían atendiendo si siguieran activos quedan sin médico que los atiendan, dado que el Servicio Madrileño de Salud no contrata otros médicos para suplirlos.

Pero hay más: lo que en este momento propician nuestros gobernantes (de un modo salvaje en Madrid, pero de modos más o menos encubiertos en todo el territorio del Estado) es un sistema en el que este pensamiento sistémico que hemos llamado de segundo nivel sea imposible. Un sistema que se apoya en

el dogma neoliberal según el cual el celo puesto por el administrador (y, en breve propietario) de cada hospital o centro de salud por maximizar las entradas y disminuir las salidas de su caja registradora garantiza la excelencia en el funcionamiento del sistema. No hay ningún apoyo empírico a ese dogma. Más bien parece que de la aplicación estricta de ese dogma deriva la situación de crisis que se quiere arreglar con este “más de los mismo”.

Reducir la economía a contabilidad, perder el enfoque sistémico, puede tener sus ventajas para algunos. Entre ellas se cuenta, desde luego, la de abrir la posibilidad de un especie de cuarto infranivel donde cabrían lo que – a falta de un término más académico – podríamos llamar triquiñuelas contables. La principal triquiñuela puesta en marcha por el gobierno de Madrid con muchos años de antelación fue la que permitió la construcción y puesta en marcha de siete hospitales financiados por el sistema PFI, es decir por la inversión privada y que, por tanto, desde el punto de vista contable, no ha generado déficit. No ha generado déficit porque la Comunidad – que no es propietaria de los edificios construidos – no debe su importe. Pero, en cambio, ha firmado unos contratos de alquiler por treinta años cuyo importe total puede llegar a ser 10 veces el coste de la construcción (más de 100 millones de euros al año durante 30 años, lo que representa el 25% de su gasto y es equivalente al 50% de su gasto en personal (AFEM, 2010). Estos datos están en consonancia con lo ocurrido en otros contextos en los que se ha aplicado el mismo modelo (Fisher, 2009).

El mito de la gestión privada

Los gobernantes tanto del Estado Central como de las Comunidades Autónomas (los madrileños más que ninguno, pero, en realidad, todos sin excepción) nos están repitiendo hasta la saciedad que la gestión privada es más eficiente y los recursos con este tipo de gestión son más baratos. Los defensores de esta tesis se han cuidado de no hacer públicos los datos que nos hubieran permitido comprobar su veracidad en los centros privados que ya han promovido en nuestro país. Sobre lo sucedido con los que supuestamente les sirvieron de modelo en otros contextos sí hay algunos datos.

La excelente revisión publicada en 2012 en PlosMedicine (Basu, Andrews, Kishore, Panjabi, & Stuckler, 2012) concluye que, a la vista de la información disponible, no hay ninguna prueba de las pretendidas ventajas en términos de eficiencia o eficacia de los sistemas de gestión privados en los países de ingresos medios o bajos. El análisis de los datos de la ya larga experiencia británica ha puesto de manifiesto que el sistema que ha servido de modelo a la nueva ola privatizadora en nuestro país, no sólo ha dado lugar a dispositivos más caros, sino que ha generado otros inconvenientes adicionales (Shaoul, Stafford, & Stapleton, 2008). Las comparaciones entre los sistemas de base pública y privada en Canadá y los Estados Unidos han llevado a los analistas de los datos a desaconsejar radicalmente a las autoridades canadienses la privatización de los servicios (Angell, 2008). Ya en 2006 el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, a partir de un análisis de las experiencias en Australia, España (Alzira) y el Reino Unido, publicaba un magnífico trabajo en el que se

sostenía que la colaboración público-privado en los términos ensayados “más bien complica la ya difícil tarea de construir y hacer funcionar un hospital” (McKee et al., 2006). Desde luego, hay trabajos que plantean que las experiencias llevadas a cabo en España carecen de algunas de las garantías que hubieran sido exigibles en el Reino Unido (NHS European Office, 2011). Las sociedades científicas españolas se han pronunciado con claridad en este mismo sentido (SESPAS, 2012).

Pero si no parece cierto que el sistema propuesto por los gobiernos sirva para ahorrar, tampoco parece que lo sea que con o sin ahorro va a mantenerse la calidad de la atención. En el Reino Unido el mismísimo premier David Cameron ha tenido que pedir perdón por los efectos demostrados en hospitales en los que se había adoptado este modelo (Tubella, 2013) (Francis (Chair), 2010a) (Francis (Chair), 2010b).

Aun así el Gobierno de Madrid ha seguido adelante con el proceso de venta de seis hospitales a pesar de la oposición de los profesionales, la oposición y las iniciativas ciudadanas que se han movilizadas contra la medida (García Rada, 2013) (García Rada, 2012b)¹.

¹ En septiembre de 2013, la sección tercera del TSJM ordenó paralizar de forma cautelar el proceso privatizador hasta poder entrar en el fondo del asunto. En su auto, este juzgado apuntaba a posibles irregularidades en la adjudicación, como una modificación de las condiciones del concurso solo cuatro días antes de que se cerrara el plazo, y a que los cambios en la gestión serían “irreversibles” si finalmente fallase contra el Gobierno regional (Hernández, Sevillano. El País, 9 de enero de 2014). El entonces presidente de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Gerardo Martínez Tristán, ahora vocal del Consejo del Poder Judicial a propuesta del PP, decidió

El sistema que ha servido de modelo a la nueva ola privatizadora en nuestro país, no sólo ha dado lugar a dispositivos más caros, sino que ha generado otros inconvenientes adicionales

Un propósito: el mercado de la salud

El verdadero propósito de estas medidas fue definido claramente en un anuncio de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, dirigida entonces por Juan José Güemes. En este, invitaba a los posibles inversores a una reunión en el lujoso Hotel Ritz (para acceder a la cual, debían pagar 1.380 euros) diciendo «si quiere conocer las oportunidades de negocio que estos nuevos modelos están generando para la empresa privada, no falte» (Sevillano, 2008a) (Sevillano, 2008c).

Para hacer posible este objetivo se han realizado cuantas modificaciones legales han sido necesarias, aunque para ello haya sido preciso convertir en papel mojado algunos de los principios rectores de la Ley General de Sanidad (*Ley 25-4-1986 Ley General de Sanidad BOE 29-4-1986 Num.102, 1986*) por la que se regula el Sistema Nacional de Salud, como la territorialización. Una

avocar al pleno someter un asunto a consideración de todos los magistrados de una sala— el caso de la privatización al considerar que las dos secciones que concentran los siete recursos (tercera y octava) tomaron decisiones que “resultan o pueden resultar contradictorias”. Los 43 magistrados que acudieron al pleno de la sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) al que estaban convocados para deliberar sobre siete recursos presentados por asociaciones, sindicatos y oposición en contra del proyecto regional. Los jueces acordaron el 9 de enero de 2014, en apenas unas horas y por mayoría, devolver los recursos a sus secciones de procedencia. El 27 de enero, el presidente, Ignacio González, anuncia en rueda de prensa que deja sin efecto la externalización de seis hospitales públicos de Madrid y el consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty, abandona el cargo por el fracaso del proceso (Marcos, Sevillano, El País 27 de enero de 2014).

disposición del parlamento madrileño, que no puede alterar el principio de la organización de la atención sanitaria en áreas de salud establecida por esta norma del Estado Central, establece que la Comunidad de Madrid, hasta entonces dividida en 11 áreas sanitarias, pasaba a ser considerada una única área en la que los hospitales podrían competir entre sí sin barreras (“LEY 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid,” 2009).

La aplicación de todas estas transformaciones amenaza con configurar un nuevo modelo de sociedad. Pero el sentido de las mismas no es nuevo porque se inscriben en una lógica que es inherente a la naturaleza del sistema capitalista y ha sido señalada por quienes se han aproximado a esta lógica desde finales del siglo XIX. La imposibilidad para el capitalista individual de sobrevivir si escapa a la demanda de un beneficio creciente fue señalada por Karl Marx en *El Capital* (Marx, 1867). El principio de que el capitalismo como modo de producción debe expandirse y, por tanto, debe desarrollarse en un entorno no capitalista que permita convertir nuevos entornos de relación entre las personas en mercados útiles para vender mercancías industrialmente producidas y *realizar el plusvalor* (o si en lugar de utilizar los términos de Marx preferimos usar los de Wall Street, *recoger los beneficios*) fue señalada por Rosa Luxemburg (Luxemburg, 1912). Suele considerarse que las posibilidades de expansión territorial del mercado capitalista por el procedimiento de incorporar al mercado áreas geográficas que antes no funcionaban bajo este modo

La aplicación de todas estas transformaciones amenaza con configurar un nuevo modelo de sociedad

de producción se agotaron con la Primera Guerra Mundial (que dibujó un nuevo reparto de la totalidad de los mercados disponibles, con la peculiaridad de que algunos quedaron asignados a esa forma de Capitalismo de Estado que durante muchos años se llamó “comunismo”). Si el capitalismo pudo sobrevivir a la crisis del 29 que dio lugar a la Segunda Guerra Mundial en ausencia de nuevos territorios que conquistar para el mercado fue porque, con posterioridad a esta guerra, algunas de las necesidades de las personas que vivían en los países eufemísticamente llamados *desarrollados*, que eran cubiertas por relaciones que no estaban mediadas por mercancías industrialmente producidas (y, por tanto no eran útiles para realizar *plusvalor* o producir beneficios), pasaron a satisfacerse a través de mercancías. Hasta ese momento, las familias obreras habían sobrevivido gracias a que, mientras los maridos iban a la fábrica, sus esposas iban a un mercado al que acudían los campesinos que tenían tierras alrededor de los núcleos urbanos, a vender sus coles y, luego, estas mujeres, cortaban la leña, disponían el carbón y encendían el fogón y las cocinaban mientras restregaban la ropa de la familia que había que lavar. Desde ese momento estas familias pasaron paulatinamente a sobrevivir porque compraban productos industrialmente envasados (y, luego, precocinados), o utilizaban artefactos industrialmente producidos como cocinas o calentadoras de gas, lavadoras o secadoras, ollas exprés, batidoras y otros adminículos – que sí eran útiles para realizar *plusvalor* o producir beneficios (Granou, 1972) (Fernández Liria, 1998). No es objeto de este trabajo pero no nos resistimos a

señalar que esta operación, hizo innecesario que uno (por lo menos, porque los niños fueron una pieza clave en esto durante muchos años) de los dos miembros del sistema parental de cada familia dedicara todo su tiempo de trabajo a garantizar la subsistencia de la unidad familiar (y por tanto constituye la base material – en términos de desarrollo de las fuerzas productivas – de la liberación de la mujer). Esto supuso a la vez que, automáticamente, en aplicación de los principios básicos del sistema capitalista, la supervivencia de una familia de trabajadores, dependiera de los ingresos de los dos miembros adultos de un sistema familiar. Ahora ya no era necesario que uno de ellos buscara a través de actuaciones no mediadas por mercancías industrialmente producidas los medios de subsistencia. Lo que hacía falta es que vendiera su fuerza de trabajo para comprar las mercancías que le permitieran cubrir sus necesidades. Uno de los efectos, que tampoco vamos a analizar aquí, es que esta operación redujo el valor de la fuerza de trabajo a la mitad (en la medida en la que para sustentar la supervivencia de la familia se podía contar con el salario de los dos miembros del sistema parental).

Desde esta perspectiva podríamos entender que las medidas adoptadas en España y otros países europeos en el terreno de la atención a la salud son, de hecho –y, quizás, están guiadas por la intención de ser–, medios para conseguir que relaciones entre las personas que, hasta ahora, no estaban mediadas por mercancías, pasaran a estar mediadas por el intercambio de mercancías y ofrecieran por tanto esa “oportunidad” a la que la impudicia de los gobernantes

tes españoles ha permitido referirse explícitamente de realizar *plusvalor* o, si lo prefieren, *negocio* (Sevillano, 2008c) (Sevillano, 2008b).

Si esto es así, nos enfrentaríamos a un hecho cuyas consecuencias políticas, éticas y sociales habría que considerar: las medidas tomadas supuestamente para ahorrar dinero en una situación de crisis por parte del estado central y de las comunidades autónomas gobernados por los dos partidos mayoritarios españoles no tendrían como objeto ahorrar dinero (de hecho, donde se han aplicado esas medidas se ha demostrado que no sólo no sirven para ello sino que pueden tener el efecto contrario) sino abrir un nuevo espacio a un mercado útil para la realización de *plusvalor* u obtención de *beneficios*.

Lo peor es que esta operación se ha realizado en nombre de un discurso neoliberal que pretende liberar las fuerzas supuestamente “sanas” que rigen el mercado y la libre competencia, que llevaría a abogar por medidas desregularizadoras, pero utilizando la capacidad reguladora del Estado para beneficiar a las empresas que van a gestionar la transformación del sistema y, además, situando a personas vinculadas a estas empresas para liderar el proceso. No es algo original. Matt Taibbi ha escrito un excelente texto en el que se muestra cómo esto mismo ha sucedido, sobre todo en Estados Unidos, con el capital financiero en todo el proceso que ha conducido a la actual “crisis” mundial, en el que, por cierto, dedica un impagable trabajo al análisis de la fracasada reforma sanitaria propuesta por Barak Obama (Taibbi, 2010).

Si tenemos que pensar en lo que está sucediendo con el sistema de atención a la salud tendremos que preguntarnos desde que marco de referencia podemos hacerlo. Las medidas que se han adoptado hasta la fecha, como hemos venido señalando hasta aquí, no pueden entenderse si admitimos que el objetivo que las guía tiene que ver con la mejora de la atención y tampoco si lo que se persigue el ahorro. Lo que está sucediendo con la sanidad en Europa, en Estados Unidos y en el resto del mundo, se explica mucho mejor si partimos de la base de que tiene como finalidad convertir el cuidado de la salud (propia y la de nuestros allegados) en un campo en el que cualquier objetivo que se persiga ha de ser obtenido necesariamente a través de relaciones que están mediadas por mercancías – en la forma de fármacos, productos de cualquier otra clase o servicios – que sean útiles para la realización de *plusvalor* u obtención de *beneficios*. Aunque eso suponga un gasto mayor y unos resultados peores. Quienes sostienen lo contrario deberían poder demostrar que lo que proponen puede proporcionar mejores (o, por lo menos, iguales) resultados y a un menor (o por lo menos al mismo) coste. No sólo no lo han hecho, sino que, mientras sostienen que defienden la desregulación, han utilizado la capacidad reguladora de los estados para defenderse de los efectos que la elección informada por parte de los ciudadanos pudiera tener sobre sus negocios. El ya citado libro de Taibbi (Taibbi, 2010) y el estupendo trabajo de Ben Goldacre (Goldacre, 2012) muestran cómo para quien quiera una información que va más allá de los objetivos de este trabajo.

Un camino sin retorno

No estamos ante un conjunto de medidas excepcionales que tienen como objeto ahorrar en una coyuntura particular que pudiera definirse con el término *crisis*. Nos encontramos ante un proyecto de reordenación de las relaciones sociales por la que el cuidado de la salud pasa a convertirse en un espacio mediado por mercancías y útil para la realización de beneficios (en la medida en la que no ha pasado ya; pero aquí no disponemos del espacio suficiente para hablar por ejemplo de la expansión de la industria farmacéutica que precedió al actual período de crisis ni de la expropiación de los mecanismos de gestión del malestar que la hizo posible). Cualquier otro objetivo, como el cuidado efectivo de la salud, pasará a estar sometido a este.

Estas políticas marcan también el fin de un modelo de Estado en el que éste servía –aunque no fuera su cometido principal– a la organización de un sistema colectivo de protección frente al infortunio para los ciudadanos y regulaba las relaciones económicas para garantizar el juego limpio entre los agentes económicos e impedir que la búsqueda del beneficio individual pudiera tener consecuencias nocivas en la vida colectiva. El nuevo modelo formalmente se abstiene de desempeñar ningún papel regulador pero, en realidad, utiliza su residual capacidad reguladora para beneficiar a unas empresas cuyos cargos directivos se nutren de antiguos políticos o colocan antiguos directivos en cargos de gobierno (Rusiñol, 2012) (Taibbi, 2010) (El País, 2013) (Sevillano, 2013b).

Las consecuencias a medio y largo plazo de estas políticas no han sido previstas y, quizás, no han sido ni siquiera consideradas por sus impulsores.

Las concesiones por las que la administración madrileña y las que se han ido sumando a la idea de la privatización se compromete a pagar un canon durante períodos tan prolongados a las empresas que se han hecho cargo de la gestión de los hospitales y de los otros recursos sanitarios no computan como déficit. Pero van a suponer una obligación de pago cuantiosísima para los gobiernos de las próximas tres décadas. Las condiciones establecidas en los pliegos garantizan un incremento anual de la cápita que el gobierno habrá de pagar por el derecho de atención a los beneficiarios. Y hacen imposible la reversión por una decisión política que tendría un costo semejante al del pago del canon total durante el período completo de concesión (“Resolución de 30 de abril de 2013, de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, se hace pública la convocatoria para la licitación del contrato de servicios denominado: Gestión por concesión del servicio público de la atención,” 2013). Además, en la medida en la que estos gobiernos no podrían permitir el cese de la atención sanitaria, las posibilidades de chantaje que darían lugar a “rescates” como el arriba referido del hospital de Alzira (Prats, 2011) (Prats, 2013) y, por tanto, a una renegociación a favor de las concesionarias de las condiciones de cesión, están garantizadas. Los gobiernos de los próximos treinta años tienen las manos atadas excepto quizás en la posibilidad de gravar fiscalmente los beneficios.

Nos encontramos ante un proyecto de reordenación de las relaciones sociales por la que el cuidado de la salud pasa a convertirse en un espacio mediado por mercancías y útil para la realización de beneficios



La exclusión de los mayores de 25 años que nunca han cotizado del derecho a la atención sanitaria no tiene consecuencias inmediatas visibles porque se trata de una población joven y sana. Pero es una población muy numerosa en un momento en el que el 80% de los jóvenes españoles menores de 30 años tienen que continuar viviendo con sus padres (Tejedor, 2013). Y habrá que ver el efecto que tiene sobre la salud mental y sobre la cohesión social este hecho de una generación que ha sido dependiente durante los años en los que biológicamente su capacidad productiva hubiera sido mayor. La exclusión de los emigrantes, además de un problema ético de primera magnitud, plantea ya problemas graves en el corto plazo. Estas medidas afectan sobre todo a inmigrantes no regularizados legalmente o a los que, después de haber trabajado en la época de bonanza, están actualmente desempleados. Aunque, desde la administración la medida se ha intentado justificar con argumentos referidos a los turistas o jubilados de los países ricos que disfrutaban de su retiro en España (Europa Press, n.d.).

Correspondencia:
Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6°C. 28009 Madrid
afliria@gmail.com

Bibliografía

1. AFEM. (2010). ¿Garantiza realmente la Sostenibilidad del Sistema Sanitario el Plan de Medidas proyectado por la Comunidad de Madrid?, 1–15.
2. Angell, M. (2008). Analysis Privatizing health care is not the answer : lessons from the United States. *Canadian Medical Association Journal*, 179(9). Retrieved from http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/18838441/Privatizing_health_care_is_not_the_answer:_lessons_from_the_United_States_
3. Banco Mundial. (2013). Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales) | Datos | Tabla. Retrieved July 07, 2013, from <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>
4. Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. (R. Jenkins, Ed.) *PLoS medicine*, 9(6), e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244
5. Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347 (sep17 1), f5239–f5239. doi:10.1136/bmj.f5239
6. Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 23(4), 318–27. doi:10.3109/09540261.2011.606803

Arte urbano,
Eddie Colla

7. De Miguel, B. (2013). Bruselas certifica el éxito del rescate de la banca española. *Cinco Días*. Retrieved from http://cincodias.com/cincodias/2013/07/10/mercados/1373457044_035932.html
8. El País. (2013, January 15). El paso de lo público a lo privado: Güemes deja la empresa Unilabs. *El País*. Madrid: Ediciones El País. Retrieved from http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/01/15/madrid/1358249595_506948.html
9. Europa Press. (n.d.). Sanidad prohibirá el turismo sanitario para ahorrar 1.000 millones | elmundo.es. *El Mundo*. Retrieved August 23, 2013, from http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/01/15/madrid/1358249595_506948.html
10. Fabra, M. (2013, January 29). El TC inclina el pulso del euro por receta al imponer su suspensión en Madrid. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://politica.elpais.com/politica/2013/01/29/actualidad/1359449291_524009.html
11. Fernández Liria, A. (1998). Salud y Capital. In F. Álvarez Uría, A. García Santesmases, J. Muguerza, J. Pastor, G. Rendueles, & J. Varela (Eds.), *Neoliberalismo versus democracia*. Madrid: La Piqueta.
12. Francis (Chair), R. (2010a). Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009. Retrieved August 26, 2013, from http://www.midstaffsinquiry.com/assets/docs/Inquiry_Report-Vol1.pdf
13. Francis (Chair), R. (2010b). Independent Inquiry into care provided by Mid Staffordshire Foundation Trust Inquiry: Volume 2. Retrieved August 26, 2013, from http://www.official-documents.gov.uk/document/hc0910/hc03/0375/0375_ii.pdf
14. García Rada, A. (2012a). New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e3196. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22573652>
15. García Rada, A. (2012b). Privatisation in Spain provokes protests among doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e7655. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23150477>
16. García Rada, A. (2013). Largest healthcare privatisation plan in Spain is to go ahead, despite massive opposition. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f236. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319578>
17. Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European journal of public health*, 23(1), 103–8. doi:10.1093/eurpub/cks035
18. Goldacre, B. (2012). *Bad Pharma: How Drug Companies Mislead Doctors and Harm Patients (Trad cast: Mala Farma: cómo las empresas farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes)*. Barcelona: ESPASA, 2013). London: Fourth State.
19. Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191–197.
20. Granou, A. (1972). *Capitalisme et mode de vie. (Trad cast: Capitalismo y modo de vida)*. Madrid: Alberto Corazón, 1974. Paris: Les Editions du Cerf.
21. Instituto Nacional de Estadística. (2013). Defunciones según causa de muerte. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>
22. Instituto Nacional de Estadística. (2013). Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
23. Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *BMJ*, 332(7548), 1030–1032.
24. Ley 25-4-1986 Ley General de Sanidad BOE 29-4-1986 Num.102 (1986).
25. LEY 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2009). *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid - Núm 274 miércoles, 18/11/2009*. Retrieved August 07, 2013, from http://www.bocm.es/bocm/Satellite?c=CM_Orden_BOCM&cid=1142571862731&idBoletin=1142571762516&idSeccion=1142571862429&language=es&pagename=Boletin/Comunes/Presentacion/BOCM_popUpOrden
26. Lopez Bernal, J. A., Gasparrini, A., Artundo, C. M., & McKee, M. (2013). The effect of the

- late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European journal of public health*, 23(5), 732–6. doi:10.1093/eurpub/ckt083
27. Luxemburg, R. (1912). *Die Akkumulation der Kapitalen* (trad cast: *La acumulación del capital*. Barcelona: Grijalbo, 1978). Dresde: Dresden Volkszeitung.
 28. March Cerdá, J. C., & Prieto Rodríguez, M. Á. (2013). Sanidad 2013, el mayor recorte presupuestario. *Público* (19/04/2013 Disponible en <http://blogs.publico.es/joan-carles-march-cerda/2013/04/19/sanidad-2013-el-mayor-recorte-presupuestario/>).
 29. Marx, K. (1867). *Das Kapital, Kritik der politischen Ökonomie* (Trad Cast: *El Capital, crítica de la economía política*. Madrid: Siglo XXI, 1975). Hamburg.
 30. McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2627548&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 31. Mental_Health_Policy_Group. (2006). *The depression repport; a new deal for depression and anxiety disorders*. London: London School of Economics.
 32. Mladovsky, P., Srivastava, D., & Cylus, J. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from <http://hse.openrepository.com/hse/handle/10147/267834>
 33. NHS European Office. (2011). *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia*. London-Brussels. Retrieved from http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf
 34. Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf
 35. Prats, J. (2011, May 10). El precedente del rescate de Alzira. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://elpais.com/diario/2011/05/10/madrid/1305026659_850215.html
 36. Prats, J. (2012). Castilla-La Mancha entrega cuatro hospitales públicos al sector privado. *El País*. Retrieved from http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/10/actualidad/1328903243_842850.html
 37. Prats, J. (2013, January 6). Un modelo rescatado y desigual. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/03/actualidad/1357234471_728665.html
 38. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (2012). *Boletín Oficial del Estado*. Retrieved August 13, 2013, from <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
 39. Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en. (2012). *Boletín Oficial del Estado*. Retrieved from <http://www.mssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/BOEA201210952.pdf>
 40. Resolución de 30 de abril de 2013, de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, se hace pública la convocatoria para la licitación del contrato de servicios denominado: << Gestión por concesión del servicio público de la atención. (2013). *BOCM de 7 de mayo de 2013*. Madrid. Retrieved from http://www.bocm.es/boletin/CM_Boletin_BOCM/2013/05/07/10700.PDF
 41. Rusiñol, P. (2012). El poder financiero “toma” los gobiernos de la UE. *Público* 04/12/2012 (disponible en <<http://www.publico.es/dinero/410414/el-poder-financiero-toma-los-gobiernos-de-la-ue>>).
 42. SESPAS. (2012). *Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios*. Madrid, España.
 43. Sevillano, E. G. (2008a). “Oportunidades de negocio” a 1.200 euros. Retrieved from http://elpais.com/diario/2008/08/23/madrid/1219490658_850215.html
 44. Sevillano, E. G. (2008b). Güemes ofrece “oportunidades de negocio” en la sanidad pública. *El País*. Retrieved from http://elpais.com/diario/2008/08/23/madrid/1219490658_850215.html

- com/diario/2008/09/23/madrid/1222169061_850215.html
45. Sevillano, E. G. (2008c, October 28). Más "oportunidades de negocio" en la sanidad madrileña. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://elpais.com/diario/2008/10/28/madrid/1225196654_850215.html
 46. Sevillano, E. G. (2013a). Madrid perderá 1.200 médicos especialistas en los próximos cinco años. *El País*. Retrieved from http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/05/madrid/1362497034_296913.html
 47. Sevillano, E. G. (2013b, January 12). La puerta giratoria entre la sanidad pública y la privada. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/01/12/madrid/1357981624_795106.html
 48. Sevillano, E. G. (2013c, August 12). Sanidad continúa con el plan privatizador sin esperar a los tribunales. Ediciones El País. Retrieved from http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/12/madrid/1376311232_320688.html
 49. Sevillano, E. G. (2014, Jan 13). Mato renuncia a aplicar los copagos en ambulancia, prótesis y dietoterápicos. Ediciones El País. Retrieved from http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/13/actualidad/1389632716_166997.html
 50. Shaoul, J., Stafford, A., & Stapleton, P. (2008). The Cost of Using Private Finance to Build , Finance and Operate Hospitals, (April), 101–108.
 51. Taibbi, M. (2010). *Cleptopia. Bubble machines, vampire squids, and the long con that is braeking America (trad cast: Cleptopía: fabricantes de burbujasy vampiros financieros en la era de la estafa. Madrid: Lengua de Trapo, 2011)*. New York: Spiegel & Grau.
 52. Tejedor, E. (2013). El 80% de los jóvenes menores de 30 años vive con sus padres. *El País*. Retrieved from http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/08/21/actualidad/1377094000_980556.html
 53. Tubella, P. (2013, February 6). Cameron pide perdón por el mayor escándalo sanitario en Reino Unido. *El País*. Ediciones El País. Retrieved from http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/06/actualidad/1360178651_537732.html
 54. Wahlbeck, K., Anderson, P., & Basu, S. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization. Retrieved from <http://eprints.lse.ac.uk/39876/>
 55. World Health Organization Regional Committee for Europe. (2009). *Health in times of global economic crisis : Implications for the WHO European Region (Vol. 7)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Committee for Europe.