**Paper - El adiós europeo al Estado del Bienestar: la “sociedad participativa”, el “gasto social privado”, la “gran sociedad”, y demás experimentos de laboratorio (¿otra vez el triunfo de la ideología sobre la razón?) (Parte II)**

**3 - Enfermos de esperar**



En Febrero, de 2005, publiqué el Paper titulado: **El “fusilamiento” del Estado del Bienestar**

En el Apartado: - La felicidad nacional bruta

Decía:

Los economistas siguen buscando un baremo para medir la felicidad. Para el utilitarista Bentham el objetivo de la política económica era “dar la mayor felicidad al mayor número de personas”.

Pese a que el crecimiento económico es la prioridad de todo gobierno, no está claro que los aumentos de la riqueza económica -el archicitado PIB- conlleven más felicidad.

En EEUU, la duplicación del PIB per cápita desde 1995 ha coincidido con una reducción del 20% de los que dicen ser muy felices.

Una encuesta poblacional en China revela que aunque la mayoría ha mejorado su situación económica en los últimos años, en general, no se consideran más satisfechos con sus vidas.

El sondeo, realizado por la empresa internacional Gallup, muestra que el ingreso promedio en China es dos veces y media mayor que el registrado en 1994.

Sin embargo, la proporción de la población que expresa satisfacción con respecto a los que dicen ser infelices es menor que hace una década.

¿Cómo se mide algo tan subjetivo como la felicidad?

Hace pocos días (durante la primera quincena del mes de enero de 2005) en Filadelfia, el premio Nobel de Economía Daniel Kahneman se ha juntado con neuropsicólogos en la conferencia de la Asociación Americana de Economistas, para investigar la viabilidad de elaborar un indicador cuantificable de la felicidad, un complemento de indicadores como el producto interior bruto (PIB) que mide el volumen de una economía dada, o los salarios. Hasta la revista Time anuncia la nueva “ciencia” de la felicidad en su última portada.

Kahneman, en colaboración con Alan Krueger, de la Universidad de Princeton, y el neuropsicólogo de la Universidad de Illinois Ed Diener -conocido como el “Doctor de la Felicidad”, está a punto de estrenar un índice de la felicidad. “Estamos avanzando hacia la creación del indicador fiable de bienestar”, explicó Alan Krueger a “La Vanguardia” (14/01/05)

“Los aumentos de la renta en los países en los últimos 50 años no han producido ninguna mejora en el grado de satisfacción”, explica Kahneman.

Kahneman ha descubierto lo mismo en sus estudios “micro” de la satisfacción en la vida cotidiana en EEUU. En sus llamados métodos de “reconstrucción del día”, hace una serie de preguntas sobre el estado anímico durante cada actividad, desde las llamadas telefónicas hasta el ejercicio físico, desde ver la tele hasta rezar. Concluye que factores como la calidad del sueño o el estado emocional “son mucho más importantes para su felicidad que circunstancias generales como su renta o educación.

“La renta real ha crecido tanto desde la Segunda Guerra Mundial que ahora tenemos que averiguar qué más hay en el bienestar”, dice Andrew Oswald, el economista británico que participó en la conferencia de la AEA. En los próximos años “vamos a ver un indicador de felicidad nacional bruta”

Pero, en otras áreas, la economía sí incide directamente en la felicidad. Oswald ha descubierto que mientras los niveles absolutos de la renta no influyen demasiado en la satisfacción, los niveles relativos -el grado de desigualdad- son un factor crucial. Según sus estudios sobre EEUU, en los estados rurales -como Kansas- existe una mayor desigualdad de renta y por ello “el ciudadano medio es algo menos feliz que en las ciudades”. Es una conclusión que da que pensar dado el consenso ortodoxo actual en el que la optimización del crecimiento del PIB requiere un sistema tributario menos redistributivo.

Es más, según David Leibser, economista de la Universidad de Harvard, “muchos estadounidenses incluso los de renta alta, trabajan mucho y no son felices”. Pero, según la ortodoxia económica, es precisamente el mayor número de horas que se trabaja en EEUU lo que explica su superioridad frente a Europa en crecimiento y riqueza.

Uno de los pensadores sociales más populares de nuestro tiempo, Jeremy Rifkin, autor de best-sellers como “El siglo de la biotecnología”, “El fin del trabajo”, “La era del acceso”, y “La economía del hidrógeno”, Profesor del Executive Education Program de la Wharton School, en la Universidad de Pensilvania, y presidente de la Foundation on Economic Trends, con sede en Washington, DC., presenta su último libro “El sueño europeo” (Cómo la visión europea del futuro está eclipsando el sueño americano), con la siguiente síntesis (de la solapa de la edición en castellano):

“Cada vez se hace más difícil reconocer el sueño americano. Cada vez son más los estadounidenses saturados de trabajo, mal pagados, sin tiempo para nada, e inseguros respecto a sus posibilidades de mejorar en la vida. Un tercio de los americanos dice que ya ni siquiera cree en el sueño americano. Al tiempo que se produce esta situación, asegura Rifkin, un nuevo sueño europeo comienza a captar la atención y la imaginación del mundo. Veinticinco países, en representación de casi quinientos millones de personas, se han unido para crear unos Estados Unidos de Europa.

El PIB de la Unión Europea eclipsa actualmente el de EEUU, convirtiendo aquella en la más potente economía del mundo. La UE es ya el principal exportador y el mayor mercado comercial interno. Es más, buena parte de Europa disfruta de una mayor expectativa de vida, un menor índice de pobreza y criminalidad, así como de deterioro urbano, unas vacaciones más largas y unos desplazamientos más cortos para llegar al trabajo que en EEUU. Si uno considera lo que hace grande a un pueblo, su calidad de vida, observa Rifkin, Europa comienza a estar por delante de América.

Es más, Europa se ha convertido en un gigantesco laboratorio para repensar el futuro de la humanidad. En muchos sentidos, el sueño europeo es el reflejo invertido del sueño americano. Si éste pone énfasis en el crecimiento económico incontrolado, la riqueza personal y la persecución del interés individual, aquél se centra más bien en el desarrollo sostenible, la calidad de vida y el cultivo de los lazos comunitarios.

Nada de esto pretende sugerir que la utopía se haya hecho realidad de repente en Europa. Sus problemas, advierte Rifkin, son complejos y sus debilidades patentes. Y por supuesto la elevación del espíritu de los europeos está a menudo, cargado de hipocresía. La cuestión sin embargo, no es si los europeos están a la altura de su sueño. Los estadounidenses no han estado nunca del todo a la altura del sueño americano. La cuestión crucial es más bien, según Rifkin, que Europa comienza a articular un audaz proyecto para el futuro de la humanidad que difiere en muchos aspectos fundamentales del americano”

Si todo lo dicho anteriormente resulta creíble, pueden ustedes explicarse o consentir:

**-** que los dos principales programas del Estado del Bienestar -pensiones y sanidad- son dos bombas de relojería en el corazón de la economía nacional

**-** que el sistema de pensiones se encamina a la bancarrota

**-** que el actual sistema avanza hacia un iceberg

**-** que si no se hace nada, esa gigantesca transferencia de rentas de las clases activas a las pasivas reducirá el crecimiento y el nivel de vida de las generaciones futuras

**-** que al tiempo pondrá las bases para un conflicto intergeneracional de consecuencias imprevisibles

**-** que mantener el actual sistema de pensiones y el inevitable incremento de la carga fiscal necesario para financiarlo reducirá los incentivos de los individuos para incorporarse a la vida laboral

**-** que la subida de la imposición sobre el factor trabajo deprimiría la tasa de ahorro privado y la acumulación de capital que alimenta el crecimiento económico y de la productividad en el medio y largo plazo…

Si todo lo dicho anteriormente resulta creíble, pueden ustedes consentir una insinuación (o manipulación) tan flagrante:

**-** la pregunta es (según los falsificadores) qué sucederá cuando las jóvenes generaciones se nieguen a sacrificar su nivel de vida para pagar las pensiones y/o sanidad de los viejos o se rebelen contra una situación de trabajos forzados en beneficio de los mayores

**-** un escenario como éste (agregan, con premeditación y alevosía) no es improbable sino muy posible (¿o muy deseable?, según los artistas del mangoneo), y constituirá un serio problema social y político en un horizonte no muy lejano

**-** es la “guerra civil fría”…

Desde que la democracia moderna puso la ciudadanía como raíz de la legitimidad política han existido tensiones entre la libertad y la igualdad. En toda sociedad democrática, la libertad para todos entra en conflicto con la igualdad para todos, y viceversa. Pero no importa con qué frecuencia proclamemos que “todos hemos nacido libres e iguales en dignidad y derechos”, este choque de principios no ha disminuido.

Desde la profunda melancolía que produce comprobar las frágiles bases o “el fusilamiento” que están infligiendo al Estado del Bienestar, en el siguiente apartado, se presentan “pruebas” (espero que suficientes) sobre la desigualdad, la indiferencia, el odio y, por encima de todo, el egoísmo, con que se tratan los asuntos del sistema de protección social…

(Octubre 2013) Perdonen ustedes que mezcle un poco los asuntos de “sanidad” (que corresponden a este Apartado), con los de “pensiones” (que se tratarán en el siguiente Apartado), pero no quiero alterar el relato original, correspondiente al Paper publicado en el año 2005. Como podrán “comprobar”, desde bastante antes que estallara la crisis de las hipotecas subprime, ya “se les veía el plumero” a muchos “creadores de opinión”.

En el Apartado - Los jíbaros

Resumía:

(Jíbaros: indios sudamericanos del curso superior del Marañón. Sedentarios, cultivan diversas plantas, entre ellas las medicinales y de diversas aplicaciones y “poseen el secreto de momificar cabezas humanas que sin perder sus rasgos particulares, en su proceso de desecación quedan reducidas a unos 90 mm. de diámetro y que denominan tsantas)

A continuación se resumen algunos estudios presentados por los impulsores de la aplastante tragedia que es el “pensamiento único”. Los críticos especializados (¿arancelados?), encargados de convencer a los lectores. Los propulsores de las fuerzas dinámicas deshumanizadoras: el dinero y la razón. La feligresía del progreso. Los profetas del vértigo.

World Economic Outlook - Chapter III - IMF - 2004

How will demographic change affect the global economy?

(Traducción no literal)

La transición demográfica global, 1700 - 2050

(interpretación de gráficos, valores aproximados)

Expectativa de vida (años desde el nacimiento): 1700: < 30; 2050: > 75

Ratio de fertilidad total (nacimientos por mujer): 1700: 6; 2050: 2

Crecimiento de la población total (porcentaje): 1700: 0,5; 2050: <0,25

Población entre 15-65 (% s/total de población): 1700: 60; 2050: < 65

Población debajo de 15 (% s/total de población): 1700: >35; 2050: 20

Población sobre 65 (% s/total de población): 1700: <5; 2050: >15

Donde vive la población mundial

(en porcentaje)

Año Países Desarrollados En desarrollo Bajo desarrollo

1950 32,9 59,8 8,0

2000 19,7 69,3 11,0

2050 13,7 67,6 18,8

Impacto macroeconómico del cambio demográfico: panel instrumental de regresión variable

Proporción de población trabajadora Proporción de población retirada

(15 a 65 años) (mayor de 65 años)

Impacto en:

Crecimiento en

PIB real per

cápita 0,08 -0,041

Ahorro/PIB 0,72 -0,75

Inversión/PIB 0,31 -0,14

Bal. cta.cte./PIB 0,05 -0,25

Bal. presup./PIB 0,06 -0,46

Resultados econométricos

De un panel de datos, correspondiente a 115 países, durante el período 1960 - 2000, utilizados para investigar la relación entre las variables demográficas y el crecimiento del Producto Interior Bruto per cápita, ahorro, inversión, balance por cuenta corriente, y balance fiscal, el FMI establece los siguientes resultados “claves”:

**.** El crecimiento del PIB per cápita está correlacionado positivamente con los cambios en el tamaño relativo de la población en edad de trabajar, y correlacionado negativamente con los cambios en la participación de la población mayor de edad.

**.** Estadísticamente hay una asociación significativa entre las variables demográficas y el ahorro.

**.** El porcentaje de la población en edad de trabajar se correlaciona también con la inversión.

**.** El balance por cuenta corriente se incrementa con el tamaño relativo de la población en edad de trabajar, y disminuye cuando el ratio de población mayor de edad crece.

**.** Los factores demográficos también afectan el balance fiscal.

**.** En los países desarrollados, el impacto de un cambio demográfico en el crecimiento puede ser substancial.

**.** El impacto sobre el crecimiento en los países en desarrollo puede variar según la región.

**.** Los futuros cambios demográficos pueden encabezar grandes cambios en el balance por cuenta corriente.

Impacto del cambio demográfico en un Modelo Multipaís (INGENUE)

El Modelo INGENUE desagrega el mundo económico en seis regiones: Norte América y Oceanía; Europa, Japón, y tres regiones de países en desarrollo (países de desarrollo rápido, como China, Rusia o Corea; países en transición demográfica, como India y algunos de Latinoamérica; y finalmente, algunas economías que están iniciando una transición demográfica, incluidos algunos de África y Pakistán).

Los resultados que surgen de la aplicación del modelo de cambio demográfico proyectado sobre los próximos 50 años presentan un bajo crecimiento en todas las regiones, seguido de un bajo crecimiento de la población mundial, por lo que el impacto en el crecimiento del ratio per cápita no tendría grandes variaciones. El crecimiento de los ratios per cápita decrecería de los niveles corrientes en las economías avanzadas, mientras crecería inicialmente en los países en desarrollo por el estímulo del cambio de trabajo.

Algunas políticas para responder a la declinación de la fuerza laboral en las economías avanzadas

Para muchas economías avanzadas, mantener un ratio constante de fuerza laboral para los próximos 50 años requeriría importantes incrementos de los ratios de participación y edad del retiro y/o un substancial aumento de la inmigración…

Implicaciones del cambio demográfico en los sistemas de salud

¿Hacen uso los mayores de más asistencia médica?

En los países industriales, la población mayor de edad -sobre 65 años- provoca gastos médicos mayores que los menores de 65 años.

¿En cuánto contribuye al incremento del gasto médico?

Recientes estudios (OCDE y UE) sugieren que el factor demográfico puede incrementar el gasto médico entre un 2 - 3 por ciento de PIB entre los años 2000 y 2050. Inclusive el cuidado de enfermedades crónicas puede incrementar ese porcentaje.

Desafíos en la contención del costo médico en sociedades envejecidas

Hay límites sobre cuanto gasto sobre el PIB puede ser asumido para el cuidado médico y concierne cuanto de dicho gasto puede ser financiado y cuan equitativo debe ser su acceso.

Los países industrializados están luchando con la contención del crecimiento del costo asistencial.

Inicialmente, estableciendo limitaciones presupuestarias al gasto sanitario.

En una segunda fase, modificando los incentivos entre productores y usuarios de la sanidad.

Impacto del envejecimiento en los planes públicos de pensiones

Los planes públicos de pensiones juegan un rol crítico al tener que soportar el retiro y envejecimiento. En una gran cantidad de países europeos, el sistema público de pensiones provee a un alto porcentaje de los ingresos de los retirados. En EEUU, la seguridad social provee a un bajo porcentaje de los ingresos de los retirados, pero este no resulta importante para millones de retirados norteamericanos…

Un incremento del ratio activos/pasivos, resulta necesario, a falta de una elevación de la edad de retiro, o del incremento de la retención sobre la nómina de los activos, para mantener el balance entre ingresos y pagos...

Opciones de reforma al sistema público de pensiones

**.** Una vía es posponer la edad normal de retiro, una opción que puede resultar atendible en función de la prolongación del estado saludable de la población.

**.** Una segunda opción es indexar la pensión inicial (el primer año de retiro) al incremento del precio al consumidor en lugar del salario de los activos, tal como se hace en el Reino Unido.

**.** Una tercera alternativa es reducir el factor de acumulación (el equivalente del promedio salarial que se recibirá como pasivo)…

Reformado el sistema de pensiones en los países avanzados

La financiación del sistema de pensiones actual en muchos países avanzados requiere un sustancial incremento en el ratio de contribución para el futuro…

El impacto potencial de dos posibles reformas del sistema europeo de pensiones fue calculado utilizando el modelo INGENUE.

**.** En el primer escenario, el ratio de reposición por jubilaciones se reduce al 50 por ciento para el año 2050 (del 70 por ciento del año 2000) y el ratio de contribución se mantiene al nivel del año 2000

**.** En el segundo escenario, la edad de retiro es gradualmente aumentada de 60 años a 65 años entre el año 2000 y el año 2020, pero el ratio de reposición no se modifica…

OCDE social, employment and migration working papers no. 12 - 19/08/03

Towards Sustainable Development: the Role of Social Protection

(Traducción no literal)

El gasto público per cápita dirigido a los mayores de edad representa de tres a cuatro veces el aplicado a las personas no mayores. En la mayoría de los países, la propensión al gasto social dirigido a los mayores de edad se ha incrementado desde 1990. En estos países, los altos gastos en pensiones, por encima de los demás gastos, se han financiado a través del incremento de las retenciones a las nóminas de los trabajadores, aumentando los costos laborales y disminuyendo las oportunidades de empleo de las personas en edad de trabajar.

Gasto público orientado a la edad sobre la protección social y educación

(algunos países miembros de la OCDE, interpretación de gráfico, valores aproximados)

País 1990 1998

Japón 5,30 4,75

España 4,15 4,25

Corea 3,25 5,80

Italia 5,40 5,55

Alemania 5,30 5,00

Francia 4,40 4,25

Reino Unido 4,55 5,25

EEUU 4,45 4,60

¿Está la globalización reduciendo la capacidad del sistema de protección social?

La globalización puede afectar la capacidad de los gobiernos para financiar el sistema de protección social por la necesidad de reducir los impuestos o reformar las estructuras. Un mejor sistema de transportes y comunicaciones incrementa la movilidad de los factores de producción, dificultando la traslación de mayores impuestos para financiar el sistema de protección social, dada la mayor posibilidad de escapar a los impuestos, buscando radicarse en las zonas con menores costos fiscales. Este efecto se aplica por igual a los diferentes factores de la producción (por ejemplo capital en relación al trabajo) y a diferentes tipos de trabajo (individuos altamente capacitados)… Mientras la gran competencia fiscal puede incrementar la eficiencia económica,… los efectos netos sobre las rentas fiscales resultan a priori difíciles de establecer…

De acuerdo con Tanzi (2000), una mayor presión resulta evidente, actualmente, a la hora de establecer competencias de fiscalidad entre países para el futuro. Estas incluyen:

**.** Incremento de las actividades e inversiones fuera del país de residencia, de los trabajadores altamente capacitados

**.** Crecimiento de la importancia de zonas off-shore y refugios fiscales para conducir las inversiones financieras.

**.** Crecimiento del uso del comercio electrónico por fuera del sistema impositivo.

**.** Crecimiento de nuevos instrumentos financieros con escapatoria fiscal.

**.** Crecimiento de la importancia del comercio interno de las multinacionales.

**.** Incremento de viajeros individuales, que realizan sus compras donde los impuestos son menores.

**.** Crecimiento de la incapacidad para aplicar impuestos al capital financiero y a los ingresos individuales con alta habilidad comercial.

**.** Sustitución de la “moneda real” por medios electrónicos para realizar las transacciones.

El desafío del futuro: adaptar la seguridad social al cambio de las circunstancias

1. Cambios en el contexto demográfico desde que los programas sociales fueron inicialmente establecidos.
2. Cambio en los roles familiares
3. Cambios en el medio ambiente laboral
4. Cambios en la distribución económica de los recursos y oportunidades…

¿Es la declinación del capital social una amenaza para el desarrollo sustentable?

La noción de capital social -“the networks together with shared norms, values and understanding that facilitate co-operation within and among groups” (OCDE, 2001b)- acentúa la importancia del compromiso de la comunidad para el progreso económico y social, con énfasis sobre la participación individual en grupos formales e informales y sobre la extensión de sus relaciones sociales…

Cambios en la distribución de recursos económicos

A pesar de la gran diferencia en los niveles de distribución de los ingresos, virtualmente en todos los países miembros de la OCDE cuya información está disponible han experimentado un ensanchamiento en la distribución de ingresos de mercado (la suma de ganancias, auto-empleo e ingresos del capital, antes de impuestos y transferencias gubernamentales) en la década desde mitad de 1980 a mitad de 1990. Los individuos en edad de trabajar han sido los más afectados por este ensanchamiento. El crecimiento de la inequidad en la distribución de las ganancias (el mayor componente del ingreso familiar) fue en todos los países el principal determinante del ensanchamiento en la distribución de los ingresos de mercado. Esto reflejó además grandes inequidades en los ingresos entre trabajadores; en un mismo país los trabajos se polarizaron entre trabajos-ricos y trabajos-pobres. La mayor importancia de los ingresos del capital continúa acentuando dicha tendencia…

De todos los países reseñados (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Alemania, Bélgica, Francia, Reino Unido, Canadá, Italia, Austria, Grecia, EEUU y OCDE) sólo en el caso de Alemania disminuye la participación en los ingresos del mercado y mejora el ingreso individual; Canadá, Dinamarca y Austria mejoran el ingreso del mercado e individual; en el resto de países, y la OCDE en conjunto, mejora el ingreso de mercado y empeora el ingreso individual…

OECD health working papers no. 14

Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries

(Traducción no literal)

En la mayoría de los países, el estudio no presenta evidencias de inequidad en la distribución de visitas a los médicos generalistas (GP general practitioner), con una tendencia pro-pobres. Esta situación es muy diferente con respecto a las consultas a médicos especialistas (medical specialist). En todos los países, determinados por situaciones diferentes, los ricos son significativamente mayores usuarios de los especialistas que los pobres, y en muchos países con mayor frecuencia. Los datos que surgen de la utilización hospitalaria (hospital -inpatient- care utilisation) resultan equívocos. No está clara una tendencia de inequidad pro-ricos o pro-pobres a través de los diferentes países…

Seguros de salud privados

(Resumen de la Tabla A2 del trabajo original)

Australia 40% de la población tiene un sistema de salud privado

Austria 1% no está asegurado; 38% tiene un sistema de salud privado suplementario

Bélgica Muchos empleadores ofrecen seguro suplementario al sistema público de salud

Canadá Muchos empleadores ofrecen seguro suplementario al sistema público de salud

Dinamarca 30% de la población; con cobertura limitada a odontología y otros servicios

Finlandia El rol del seguro privado es en general modesto para la población adulta

Francia El sistema público de salud cubre cerca del 75% de los gastos sanitarios

Grecia 40% del gasto sanitario es pagado privadamente

Alemania Menos del 5% no están asegurados, un pequeño porcentaje tiene seguro privado

Hungría Menos del 1% no está asegurado, un pequeño porcentaje tiene seguro privado

Irlanda 44% de la población tiene seguro voluntario

Italia 5-10% de la población tiene seguro privado

México Menos del 3% de la población tiene seguro privado

Holanda Menos del 1% no está asegurado; 1/3 de la población tiene seguro privado

Noruega Muchos empleadores ofrecen seguro suplementario al sistema público de salud

Portugal 10% de la población tiene un sistema de salud privado

España Cerca del 10% de la población tiene un sistema de salud privado

Suecia Cerca del 1% de la población tiene un sistema de salud privado

Suiza El sistema privado suplementario provee servicios más confortables

Reino Unido Cerca del 10% de la población tiene un servicio privado de salud (duplicado)

EEUU El sistema privado de salud es provisto por el empleador. Para los mayores Medicare

(Comentario de pág. 9, en el trabajo original)

Mientras todos los países incluidos en el análisis sobre cuidado de la salud excepto México y EEUU tenían en el año 2000 un sistema universal de cobertura para su población para la mayoría de los servicios de salud, existían importantes diferencias con respecto a la equidad en la financiación y distribución del sistema…

Dos de los países incluidos en el estudio tienen un gran porcentaje de su población sin seguro de cobertura médica. En México, cerca de la mitad de la población (48 millones de personas) no tiene seguro de salud…, mientras que en EEUU un 14% de la población (sobre los 40 millones de personas) no están asegurados…

Índices de desigualdad e inequidad para distintas prestaciones

(Resumen de datos correspondientes a las Tablas A7, A8, A9, A10, y A11 del trabajo original)

CI: concentration index - valores positivos indican desigualdad, favorecimiento a los ricos, valores negativos indican lo contrario.

HI: horizontal inequity index - mide el grado de inequidad, valores positivos indican inequidad, favorecimiento a los ricos, valores negativos indican lo contrario.

Países España Italia Alemania

Índices CI HI CI HI CI HI

Médico -0.008 -0.006 0.008 0.010 -0.005 0.008

Generalista -0.027 -0.014 0.003 0.005 -0.018 -0.010

Especialista 0.022 0.061 0.071 0.087 0.019 0.034

Hospital -0.076 0.033 -0.024 0.028 -0.064 -0.033

Odontólogo 0.152 0.143 0.121 0.118 -- --

Francia Reino Unido EEUU

CI HI CI HI CI HI

Médico 0.005 0.007 -0.019 0.003 0.023 0.044

Generalista -0.027 -0.005 -0.023 0.001 -- --

Especialista 0.034 0.045 -0.038 0.011 -- --

Hospital -0.037 0.000 -0.093 0.013 -0.167 -0.038

Odontólogo 0.066 0.053 0.080 0.063 0.167 0.160

OECD health working papers no. 15

Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems

(Traducción no literal)

Gastos en salud por fuente de financiación, 2000

(algunos países, en porcentaje, interpretación de gráfico)

Países/Gasto Público Seguro privado Otros fondos privados Pago directo

Japón 78 1 4 17

España 72 3.9 0.1 24

Italia 73 1.5 2.5 23

Alemania 75 12.6 2.4 11

Francia 76 12.7 1.3 10

EEUU 44 35.1 5.9 15

Población cubierta por seguro de salud privado y por sistema público de salud

(algunos países, en porcentaje de población total)

Países Gasto público en % Cobertura del sistema Seguro privado en % Población cubierta por

del gasto total en salud público de salud del gasto total en salud seguro privado (%)

Japón 78.3 100 0.3 despreciable

España 77.1 99.8 3.9 13

Corea 44 100 n.d. n.d.

Italia 73.4 100 0.9 15.6 (1)

Alemania 75 90.9 12.6 18.2 (2)

Francia 75.8 99.9 12.7 86.0 (1)

G. B. 80.9 100 3.3 10 (1)

EEUU 44.2 24.7 35.1 71.9 (3)

1. Duplicada, complementaria, suplementaria
2. 50% primaria (sustituta), 50% suplementaria, complementaria
3. Primaria (principal), suplementaria, complementaria

Gasto público en salud per cápita como porcentaje del PIB per cápita y salud financiada por sistema de seguro privado

(algunos países, en porcentaje, interpretación de gráfico)

Países Gasto público en salud Gasto privado en salud Seguro privado de salud

(en % sobre PIB) (en % sobre PIB) (en % del gasto total en salud)

Japón 6 2 1

España 5.5 3 4

Italia 6.5 3 2

Alemania 8 3 12.5

Francia 7.5 3 12.5

EEUU 5.5 7.5 35

OECD 6 2.5 6.5

Conclusiones (en pág. 51 del trabajo original)

El sistema de seguro privado de salud presenta oportunidades y riesgos para el logro de las metas del sistema de salud. Por ejemplo en países donde el seguro privado de salud juega un rol prominente, pueden ser acreditados habiendo introducido recursos al sistema de salud, agregados a elección del consumidor, y ayudaron a que el sistema fuera más confiable. Sin embargo, esto también ha llevado a un mayor desafío de equidad que en muchos casos ha representado un mayor gasto en sanidad (total, y en muchos casos, público), en la mayoría de esos países…

En el Apartado - Aria di bravura

(Del Estado del Bienestar al Estado del Malestar)

Sostenía:

El lenguaje de los hechos.

Cuando no se puede negar lo obvio, torcer la realidad, ocultar la evidencia, demostrar lo indemostrable.

En las próximas páginas intentaré probar -ojalá lo logre- que los “neoecon” han pasado de la desigualdad a la indiferencia, de allí al odio, y por encima de todo al egoísmo…

Han logrado -y siguen- difundir el mensaje de que los dos principales programas del Estado del Bienestar -pensiones y salud- son dos bombas de relojería en el corazón de la economía de mercado (¿qué mercado?)

Según dicen… los gobiernos y las oposiciones practican con las pensiones la política del avestruz o, lo que es lo mismo, hacen suyo el viejo lema keynesiano “a largo plazo, todos muertos”. Los mayores constituyen una porción de votos cada vez mayor y lógicamente tienen pavor al cambio. Sin embargo, la pregunta es qué sucederá cuando las jóvenes generaciones se nieguen a sacrificar su nivel de vida para pagar las pensiones y/o la sanidad de los viejos o se rebelen contra una situación de trabajos forzados en beneficio de los mayores. Un escenario como éste no es improbable, sino muy posible, y constituirá un serio problema social y político en un horizonte no muy lejano. Es la “guerra civil fría” sugerida por Alain Madelin ante la resistencia de la derecha francesa a adoptar una reforma en serio de las pensiones.

Desde este enfoque, los países industrializados deberían plantearse la posibilidad de sustituir de manera progresiva el actual sistema de pensiones basado en el reparto por otro sustentado en la capitalización.

La razón (¿qué razón?) es que la cobertura pública del retiro está en crisis en todas partes.

Según dicen… cuando se creó en la mayoría de los países industrializados, el número de cotizantes era muy superior al de los que percibían prestaciones por jubilación y muy pocos vivían hasta la edad necesaria para percibir sus prestaciones, lo que garantizaba que pudiese cumplir sus promesas. A comienzos del siglo XXI la situación es distinta. La caída de la tasa de natalidad, unida al aumento de la esperanza de vida, implica que un número cada vez más reducido de jóvenes trabajadores no sólo tendrá que soportar una carga fiscal creciente para financiar las pensiones de sus mayores, sino que no recibirá los mismos beneficios. Si no se hace nada, esa gigantesca transferencia de rentas de las clases activas a las pasivas reducirá el crecimiento y el nivel de vida de las generaciones futuras, al tiempo que pondrá las bases para un conflicto intergeneracional de consecuencias imprevisibles.

¿Qué hacer?, se preguntan los “neoecon”, y se contestan -para continuar “colando” el mensaje-, “De entrada, un aumento de los impuestos y/o cotizaciones a la Seguridad Social para financiar el modelo de reparto tendría efectos económicos muy negativos. La oferta de trabajo no es inelástica. De hecho, responde a los cambios en los tipos impositivos. Desde esta perspectiva, mantener el actual sistema de pensiones y el inevitable incremento de la carga fiscal necesario para financiarlo reduciría los incentivos para incorporarse a la vida laboral. Esta caída o desaceleración de la tasa de actividad, que se producirá en todo caso por razones demográficas, tendría un impacto negativo sobre el PIB y acentuaría los desequilibrios estructurales del esquema de reparto. A la vez, la subida de la imposición sobre el factor trabajo deprimiría la tasa de ahorro privado y la acumulación de capital que alimenta el crecimiento económico y de la productividad en el medio y largo plazo”.

Otros -más cínicos, si cabe- sostienen que desde que la democracia moderna puso la ciudadanía como raíz de la legitimidad política han existido tensiones entre libertad e igualdad. En toda sociedad democrática -dicen-, la libertad para todos entra en conflicto con la igualdad para todos, y viceversa. Pero no importa con qué frecuencia proclamamos que todos “hemos nacido libres e iguales en dignidad y derechos”, este choque de principios no ha disminuido…

Y rematan, “la dimensión óptima del Estado de bienestar en un país desarrollado y próspero es aquélla que es sostenible en el tiempo y que crea unas reglas de juego estables y predecibles para los agentes que cubre las contingencias sin desincentivar decisiones de ahorro y trabajo”…

A todos estos “escribas” de la globalización, la privatización, la financierización y el librecambio, podría contestarles diciéndoles que han sido ellos -o sus mentores, o quienes le pagan la nómina- los que han propiciado y han logrado “tirar el agua de la palangana con el bebé adentro”…

Que no son los factores demográficos los que desbalancean -el lado de la demanda- el equilibrio de la cobertura pública del sistema de la seguridad social -pensiones, sanidad y subsidio de desempleo-, sino que es el bajo nivel de ocupación y remuneración de la población en edad de trabajar -el lado de la oferta-, el que provoca -con premeditación y alevosía- la insostenibilidad del Estado del bienestar.

Pero voy a dejar que les conteste Ernesto Sabato (“Antes del fin”): “Al parecer, la dignidad de la vida humana no estaba prevista en el plan de la globalización. La angustia es lo único que ha alcanzado niveles nunca vistos. Es un mundo que vive en la perversidad, donde unos pocos contabilizan sus logros sobre la amputación de la vida de la inmensa mayoría. Se ha hecho creer a algún pobre diablo que pertenece al Primer Mundo por acceder a los innumerables productos de un supermercado. Y mientras aquel pobre infeliz duerme tranquilo, encerrado en su fortaleza de aparatos y cachivaches, miles de familias deben sobrevivir con un dólar diario. Son millones los excluidos del gran banquete de los economicistas…

Ahora, el hombre está al borde de convertirse en un clon por encargo: ojos celestes, simpático, emprendedor, insensible al dolor o trágicamente, preparado para esclavo. Engranajes de una máquina, factores de un sistema, ¡qué lejos, Hölderlin, de cuando los hombres se sentían hijos de los Dioses!

Los jóvenes lo sufren: ya no quieren tener hijos. No cabe escepticismo mayor.

Así como los animales en cautiverio, nuestras jóvenes generaciones no se arriesgan a ser padres. Tal es el estado del mundo que les hemos entregado”…

También busco respuesta en Pascal Bruckner (“Miseria de la prosperidad”): “Nunca hasta ahora se habían dado desigualdades tan fuertes con un enriquecimiento tan espectacular de fondo…

Como ya sabemos, la nueva preponderancia de los mercados financieros, la revolución tecnológica, el paso de un capitalismo empresarial a un capitalismo donde los accionistas imponen la norma en detrimento de los trabajadores explican en gran medida esta situación. De esto se deriva la congelación de las rentas del trabajo, la desconexión entre el crecimiento económico y la evolución de los valores bursátiles, la disfunción de la movilidad social y el fin del contrato de trabajo establecido tras la segunda guerra mundial, garante de la estabilidad del empleo y la protección de los poderes públicos. Como si todas las conquistas posteriores a 1945 se hubieran borrado a favor de una sociedad más fría, hostil a los débiles y sonriente para los pudientes. Parece necesario volver a empezar, iniciar una nueva lucha por la vida y la dignidad. Es un retorno a la casilla de salida, a los albores del movimiento obrero, pero sin las ilusiones que movían a los militantes y agitadores de entonces. Es el regreso de un capitalismo duro, despiadado con los inútiles, generador de empleos de baja cualificación y escasa remuneración, un sistema brutal pues carece de perspectiva de un futuro mejor”…

Además, agrego algunas palabras de Zygmunt Bauman (“Comunidad”): “En resumen: se ha acabado la mayoría de los puntos de referencia constantes y sólidamente establecidos que sugerían un entorno social más duradero, más seguro y más digno de confianza que el tiempo que duraba una vida individual. Se ha acabado la certeza de que “volveremos a vernos”, de que estaremos viéndonos repetidamente y durante un largo tiempo futuro, y de que, por tanto, puede suponerse que la sociedad tiene una larga memoria y que lo que nos hagamos mutuamente nos confortará o atormentará en el futuro; de que lo que nos hagamos recíprocamente tendrá una importancia algo más episódica, puesto que las consecuencias de nuestras acciones nos acompañarán mucho tiempo después de que nuestras acciones, en apariencia, hayan finalizado, sobreviviendo en la mente y en los hechos de testigos que no van a desaparecer… Es esta experiencia la que hoy se echa de menos, y su ausencia se describe como “decadencia”, “muerte” o “eclipse” de la comunidad… Los lazos comunitarios se hacen cada vez más prescindibles… Las lealtades personales disminuyen su alcance a través del sucesivo debilitamiento de los lazos nacionales, los lazos regionales, los lazos comunitarios, los lazos con el vecindario, los lazos familiares y, finalmente, los lazos con una imagen coherente de la propia identidad…

La percepción de la injusticia y de los agravios que suscita, como tantas otras cosas en la época de desvinculación que define el estado “liquido” de la modernidad, ha sufrido un proceso de “individualización”. Se supone que los problemas se sufren y solucionan en solitario y son singularmente inadecuados para acumularse en una comunidad de intereses que busca soluciones colectivas a problemas individuales”…

En otro de sus libros (“Modernidad líquida”), el mismo Bauman, sostiene: “No obstante, si la idea de progreso en su forma actual nos resulta tan poco familiar que cada uno se pregunta si aún está entre nosotros, es porque el progreso, como tantos otros parámetros de la vida moderna, ha sido “individualizado”; lo que es más: “desregulado” y “privatizado”. Está desregulado porque la oferta de opciones para “mejorar” las realidades presentes es muy diversa, y porque el tema de si una novedad en particular significa verdaderamente una mejora respecto de otra ha quedado librado, antes y después de su aparición, a la libre competencia entre ambas, competencia que perdura incluso después de que ya hemos elegido una de ellas. Y el progreso está privatizado porque el mejoramiento ya no es una empresa colectiva sino individual: se espera que los hombres y mujeres individuales usen, por sí mismos e individualmente, su propio ingenio, recursos y laboriosidad para elevar su condición a otra más satisfactoria y dejar atrás todo aquello de su condición presente que les repugne. Como apuntara Ulrico Beck en su esclarecedor estudio sobre la “Risikogesellschaft” contemporánea, “la tendencia es hacia la aparición de formas y condiciones de existencia individualizadas que impulsan a las personas -en nombre de su propia supervivencia material- a transformarse en el centro de su propia planificación y conducta de vida… De hecho, uno debe optar y cambiar su identidad social y a la vez aceptar el riesgo que esto implica… El individuo en sí mismo se transforma en la unidad reproductiva de lo social en el mundo vital”…

El enfoque predominante, basado en el mercado y la competencia han contribuido considerablemente a la actual deprimida situación económica y social, poniéndose de manifiesto la dificultad de atraer a los ciudadanos hacia un sistema económico hostil a la provisión del bienestar y la solidaridad social.

En mi -modesta- opinión, la mejor manera de superar los actuales problemas consiste en promover un modelo de desarrollo para toda Europa cuyas piedras angulares estén constituidas por el pleno empleo, un alto nivel de bienestar, equidad social, sostenibilidad ecológica y una amplia cooperación internacional. Este modelo social podría convertirse en una alternativa muy atractiva y poderosa al modelo de Estados Unidos de poder militar con pobres estándares sociales. Pero no es en absoluto el resultado automático ni el fruto de los mercados liberalizados y la competencia. Su puesta en práctica deberá hacer frente a la resistencia de aquellos grupos y poderes que se benefician de la actual situación, y requiere, por tanto, una intervención política enérgica. La calidad de dicha intervención depende en su desarrollo de un amplio movimiento social y un debate público abierto, es decir, de su carácter democrático.

Las actuales estrategias de la globalización de mercado y del capital están dando lugar a la concentración de sectores de gran riqueza, junto a grandes masas de miseria y a un gran número de población superflua y desprovista de derechos. Hasta 1960 había en el mundo un rico por cada 30 pobres; hoy la proporción es de un rico por cada 80 pobres.

La ideología neoliberal del mercado reduce la vida humana a un mero análisis de costes y beneficios que desemboca en un individualismo sistemático basado en el cálculo de las ventajas individuales obtenidas dentro de un grupo social. Todo ello encamina a los seres humanos hacia un neoindividualismo posesivo y consumista que configura la base antropológica y social de nuestra época.

Esta ideología se transforma en un factor poderoso de desintegración y descohesión social, ya que ha dejado carente de vínculos sociales a un amplio sector de la población mundial, que pasa a convertirse en una especie de nuevos “parias” de la civilización global. Los nuevos excluidos del mercado global tienen una característica en común: su falta de capacidad económica para el consumo, su imposibilidad de llegar a ser una especie de “consumidor universal” o transnacional; en una palabra, su “prescindibilidad” para el sistema. El consumo o, mejor dicho, la capacidad económica para consumir -basada en una lógica individualista y competitiva-, se convierte actualmente en el criterio más importante de inclusión o exclusión social. El neoindividualismo consumista quiebra la conciencia de clase social, fragmenta la sociedad e incluso “privatiza” el propio vínculo social. La desigualdad ya no representa sólo un mecanismo ideológico de relación jerarquizada que se integra socialmente mediante la existencia de derechos de contenido redistributivo y mediante la aspiración al “interés general” de las relaciones de producción capitalistas. Ahora el neoliberalismo la ha convertido en un factor determinante de la exclusión social. Quien no resulta competitivo en la lucha económica es eliminado definitivamente de ella.

Practicamos ahora un individualismo sin mala conciencia que acaba desembocando en un nihilismo destructivo, donde los objetos nos marcan exteriormente y donde se premia la posesión de riqueza, se “criminaliza” la pobreza y la ganancia privada se eleva a valor supremo. Este neoindividualismo posesivo se desdobla, a su vez, en lo que, paradójicamente, se podría denominar como “individualismo de la desposesión”, que es aquel que deriva de los efectos negativos que la sociedad global arroja sobre la mayoría de las personas: ausencia de trabajo, precarización del mismo, incultura, inseguridad y desprotección institucional. Tras ello lo que existe es una ética de la desesperanza y del “sálvese quien pueda”. Aunque, dado el caso, tal vez, tampoco alcance.

Una vez más, volviendo a Sabato (“España en los diarios de mi vejez”): “Porque esta crisis, que tanta desolación está ocasionando, tiene también su contrapartida: ya no hay posibilidades para los pueblos ni para las personas de jugarse por sí mismos. El “sálvese quien pueda” no sólo es inmoral, sino que tampoco alcanza. Es ésta una hora decisiva. Sobre nuestra generación pesa el destino, y es ésta nuestra responsabilidad histórica”.

Lo más preocupante es que el neoindividualismo privatista aspira a convertirse en una nueva ética universal y homogénea, perfectamente difundida por los monopolios mediáticos. Su universalidad moral se difunde frente a cualquiera de las éticas. Estamos ahora ante la universalización de un individualismo que se basa en el criterio del imperio de la ley del más fuerte y abandona a los seres humanos a su insegura gestión de los riesgos de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo y condiciones del mismo, vejez, enfermedades, discapacidad y seguridad. El neoindividualismo destruye la dimensión colectiva, solidaria y democrática de las relaciones sociales, rompe los vínculos de integración e instala a los seres humanos en una cultura de la satisfacción y del consumo inmediato. Asimismo sacraliza la competitividad como base antropológica de las relaciones entre individuos y produce una incomunicación o una especie de “autismo” social entre los seres humanos de consecuencias hasta ahora imprevisibles.

Es el triunfo de la privacidad sobre la colectividad. Según esta lógica, la gestión de las consecuencias sociales “perversas” de la globalización (paro estructural permanente, falta de cobertura social de las situaciones carenciales o de riesgo, conflictividad y violencia social, pobreza, repliegue cultural, analfabetismo, enfermedad, radicalización étnica, inseguridad) se traslada del ámbito público al ámbito de responsabilidad individual y, consecuentemente, a la gestión individual o, en el mejor de los casos, a la ayuda familiar. La sociedad deja de ofrecer mecanismos institucionales y universales de integración social, seguridad y solidaridad y, consecuentemente, abandona a las personas a su solitario, inseguro y “mercantilizado” destino. Las soluciones colectivas y solidarias no parecen factibles. La competitividad individual dentro del mercado es la única salvación posible.

Del libro “Desigualdad y cambio industrial”, de James K. Galbraith y Maureen Berner - Akal - 2004, deseo resaltar algunos párrafos y datos que pueden ayudar a esclarecer el tema, o aumentar la información para el debate de ideas.

“La demanda de inversión crea desigualdades, mientras que la demanda de consumo es igualadora…

En nuestra opinión, los teóricos que consideran que la evolución de la desigualdad está dominada por la educación y por el cambio en los niveles de cualificación corren el riesgo de situar el carro delante de los bueyes…

Ninguna política pública consigue reducir tan fielmente la desigualdad como un esfuerzo deliberado y simultáneo para combinar el pleno empleo con los derechos de negociación colectiva y los incrementos en los niveles salariales…

La desigualdad creció vertiginosamente en los años setenta y ochenta, alcanzando niveles bastante más altos que los reinantes durante la Gran Depresión (EEUU). La recuperación después de 1994 hace descender de nuevo la desigualdad, pero sólo hasta niveles que se encuentran justo por debajo de los correspondientes a los peores años en la década de los treinta…

La desigualdad mantiene una relación lineal con el desempleo…

Existe una interpretación extendida de que el desempleo en Europa es atribuible a estructuras salariales rígidas, salarios mínimos altos y sistemas de bienestar generosos. Sin embargo, de hecho, los países que disfrutan de una desigualdad baja producida por esos sistemas suelen experimentar menos desempleo que aquellos que padecen una desigualdad alta. (En este capítulo) mostraremos que la desigualdad y el desempleo están relacionados positivamente en el continente europeo, dentro de cada país, entre los distintos países y a lo largo del tiempo. Las grandes desigualdades existentes entre los países europeos también parecen agravar el problema continental del desempleo, y hallamos evidencia de que, cuando estas desigualdades se toman en cuenta, la desigualdad es mayor en Europa que en Estados Unidos. Por tanto sugerimos que la llave para la reducción del desempleo en Europa consiste en medidas que reduzcan, y no incrementen, las desigualdades en la estructura de remuneración -aplicadas a nivel continental-. Esta es una característica duradera y a menudo ignorada de la política de bienestar social en Estados Unidos…

El tipo de explicaciones basadas en las “instituciones fijadoras de salarios” pone mucho más énfasis en los cambios institucionales que delimitan la fijación de los salarios, puesto que esas instituciones pueden anular las fuerzas competitivas en la evolución dinámica de la renta asociada al incremento de la desigualdad. Estos cambios institucionales incluyen el debilitamiento de los sindicatos -que erosiona el poder de negociación de los trabajadores peor pagados-, los cambios en las normas de remuneración (empleo y remuneración más contingente), y el descenso en el valor real del salario mínimo, que según argumenta Freeman (1996), puede constituir una importante herramienta distributiva.

Una clasificación convencional de los países industrializados, en función de estas dos clases de explicaciones, sitúa a EEUU, y también al Reino Unido de los años ochenta, en el ámbito del mercado laboral, mientras que se considera que los salarios del resto de los países de la OCDE están determinados institucionalmente (Blau y Kahn, 1996). La razón para esta división, se argumenta, es que el mercado laboral de EEUU, y en el Reino Unido después de los años ochenta, está caracterizado por sindicatos más débiles y por modelos de negociación colectiva menos centralizados que en los países no anglosajones de la OCDE. Sin embargo, incluso para los países de la OCDE diferentes de EEUU y del Reino Unido, la hipótesis de la oferta y demanda de cualificación ha ido ganando terreno…

Hay que enfrentarse al hecho de que la desigualdad ha crecido en los últimos años, y de forma muy pronunciada en los países más ricos…

Los países en desarrollo que se liberalizaron y globalizaron han estado sometidos a mayores oscilaciones de la desigualdad que los países que no lo hicieron… En la mayoría de los casos, las liberalizaciones más reseñables fueron seguidas por un crecimiento de la desigualdad salarial (India, Argentina, Filipinas). Sólo unos pocos países liberalizadores fueron capaces de compensar el incremento en los diferenciales de los salarios brutos con incrementos mayores de empleo de salarios relativos altos Malasia, Indonesia, Corea).

Teniendo en cuenta que la desigualdad estaba creciendo en todo el mundo, este resultado no puede sorprendernos: los países liberalizadores se vieron forzados a adaptarse a la pauta global. Esto nos conduce a una profunda reflexión. Parece que la modernización basada en las exportaciones es inherentemente un juego de suma cero para la distribución de la renta en los países en desarrollo. Esto es, la mejora de las distribuciones en el empleo en un país conduce a una destrucción que no es especialmente creativa y a un empeoramiento de la desigualdad en el resto de los países, a través de la redistribución de los puestos de trabajo. En una economía mundial liberalizada y globalizada, sólo una compresión en las estructuras de los ingresos puede crear un contexto adecuado para que la igualación se imponga en la escena de desarrollo global. Pero esta situación se desconoce en la economía mundial desde los años setenta…

Aunque los países ricos y otros países concretos logran mantener el control de sus estructuras salariales, nuestro análisis muestra que la tendencia que predomina en el mundo actual es hacia el aumento de la desigualdad. Las liberalizaciones han provocado casi siempre un empeoramiento y sólo unos pocos países en desarrollo han escapado a este efecto mediante la mejora de sus estructuras de empleo, lo cual es una proeza que sólo algunos pueden lograr. La experiencia de los años sesenta y principios de los setenta fue bastante diferente; en aquellos años, un buen número de países redujeron la desigualdad y muchos más mantuvieron estables sus estructuras salariales…

No podemos responder la pregunta habitual de si la igualdad es buena para el crecimiento. Sin embargo, la evidencia nos permite, aunque no firmemente, ofrecer una respuesta a la pregunta contraria. En la mayoría de los países, el crecimiento es bueno para la igualdad; de hecho, el crecimiento rápido parece ser un requisito indispensable para la igualación salarial. Por el contrario, el crecimiento débil en la mayoría de los países en desarrollo en los años ochenta fue un desastre para la igualdad.

No parece que importe en exceso si el crecimiento se logra mediante la sustitución de las importaciones o mediante el crecimiento rápido de los sectores exportadores de salarios altos. El problema es que el crecimiento rápido de esos exportadores es una solución a la desigualdad sólo al alcance de pocos países. Por tanto, una reducción de la desigualdad a nivel global requerirá una vuelta a la sustitución de importaciones y unas estructuras salariales con base nacional, o bien un ritmo de crecimiento económico mundial sustancialmente más alto…

En nuestra opinión, una condición institucional interna crucial para el desarrollo social y económico subyacente a todas las demás características institucionales deseables, tales como la educación y la esperanza de vida y la democracia, es una distribución de la remuneración justa y razonablemente estable…

La estructura de la remuneración afecta a la capacidad y a la voluntad de ahorrar e invertir. En las sociedades muy desiguales, los pobres no tienen ahorros y la clase media, siempre expuesta a la imagen de los estilos de vida bastante más opulentos que los suyos propios, consume hasta su último dólar. Esto deja únicamente a los ricos con capacidad para ahorrar. Pero los ricos en este tipo de sociedades raramente son ahorradores al viejo estilo victoriano; no son laboriosas abejas que acumulan y acumulan, que no consumen para ellos. Por el contrario, satisfacen sus propias necesidades y rehúsan confiar en los mecanismos de Seguridad Social del Estado. Por tanto, se resisten a pagar impuestos para cubrir objetivos sociales, excepto (como en el caso de las universidades públicas en muchos países de renta media) cuando los beneficios están estrechamente dirigidos a las propias elites. A menudo, los excedentes se trasladan al extranjero para escapar al alcance potencial de la hacienda pública. El resultado suele ser una deficiencia crónica de la inversión pública y de la demanda efectiva, un fuerte alejamiento de la población respecto de la política y una subversión de las formas de democracia por los intereses mercantiles.

Por el contrario, las sociedades igualitarias operan sobre la base de la carga compartida y el beneficio común. Suelen funcionar mediante grandes instituciones sociales -sindicatos y gobiernos- y confían ampliamente en las medidas colectivas de la Seguridad Social, la educación pública y los servicios públicos como el transporte y la salud. Dado que las instituciones públicas y los presupuestos suelen ser estables, las economías de los países igualitarios también suelen ser estables. Con menos disparidades internas, estamos menos consumidos por la envidia. Por tanto, los ahorros pueden ser mayores y las cargas de la deuda menores. Y dado que una fracción mayor de la ciudadanía tiene algo de tiempo y energía restante para emplear en fines públicos, las sociedades estables e igualitarias también suelen ser más democráticas…

Ciertamente, existe una economía global. Pero es de un tipo que favorece a los fuertes, los ricos, los estables, los industrialmente diversificados y los democráticos. Los países más pequeños y más pobres “vuelan” con los vientos globales, con los precios de sus mercancías, la demanda de sus exportaciones y el tipo de interés. Y cuanto más pequeñas y menos equilibradas sean sus economías, más lejos estarán de los centros de decisión y más violentamente soplarán aquellos vientos”…

Algunas explicaciones alternativas (a mi cuenta y riesgo)

Del INGENUE (modelo del FMI) al “iceberg” (modelo de Bush)

Nunca los “plumíferos” del FMI habían puesto un nombre más elocuente y significativo a uno de sus “modelos” económicos. Y eso que ya habían rondado el surrealismo en el caso del Multimod, que he denominado Multi-mad (por las que se traía y lo desacertado de sus proyecciones).

Nunca habían utilizado un sarcasmo semejante (al menos en su fonética española) para calificar a los mayores en su modelo de “exterminio” (¿acaso buscando una forma “solución final”, como aquella otra de tan triste recuerdo?).

INGENUE (ingenuo): (algunos de los sinónimos, al efecto) cándido, inocente, infantil, inofensivo, incauto, infeliz, iluso, crédulo, insensato, inconsciente…

(algunos de los antónimos, al efecto) astuto, incrédulo, malicioso, desconfiado, experimentado, ingenioso…

¿Acaso no es “malicioso” decir que esa gigantesca (¿qué gigantesca?) transferencia de rentas de las clases activas a las clases pasivas reducirá el crecimiento y el nivel de vida de las generaciones futuras, al tiempo que pondrá las bases para un “conflicto intergeneracional de consecuencias imprevisibles” (¿qué conflicto intergeneracional? ¿qué consecuencias imprevisibles?)?

¿Acaso no es “astuto” decir que el actual sistema de pensiones “avanza hacia un iceberg”, que la “crisis es ahora”?

¿Acaso no resulta “siniestro” insinuar siquiera (aunque sólo sea eso) que los dos principales programas del Estado del Bienestar -pensiones y sanidad- son dos “bombas de relojería en el corazón de la economía nacional”?

Y por si todo esto no resultara suficiente “amenaza” y “manipulación” (al uso), agregan una pregunta (nunca los “cínicos”, habían llegado tan lejos; nunca los “hipócritas”, habían manipulado más la realidad): “la pregunta es qué sucederá cuando las jóvenes generaciones se nieguen a sacrificar su nivel de vida para pagar las pensiones y/o la sanidad de los viejos o se rebelen contra una situación de trabajos forzados en beneficio de los mayores”. Agregando (por si el “miedo” o el “odio” insinuado, no alcanzaran): “un escenario como este no es improbable, sino muy posible, y constituirá un serio problema social y político en un horizonte no muy lejano”. “Es la guerra civil fría”.

Lo dicho. La “solución final”. Haga patria, mate a un viejo (la guerra civil fría). Para poder seguir “consumiendo” los jóvenes deben negarse a continuar con el modelo de reparto. Para poder seguir manteniendo el nivel de vida, las generaciones futuras, deben apostar por la “sociedad de propietarios”…

“Bombas de relojería”… “Guerra civil fría”… “Rebelión contra una situación de trabajos forzados”… “Negarse a sacrificar su nivel de vida para pagar las pensiones y/o sanidad de los viejos”…

Por mucho menos que esto, Hitler ha sido calificado como el “monstruo” mayor de la historia… Todavía se sigue pidiendo “perdón” por la llamada “solución final”… Todavía se siguen “pagando” las deudas de guerra, caliente o fría, pero siempre guerra…

Al menos, Hitler no provocó el odio entre generaciones de la misma nación. Al menos, Hitler no convocó al “parricidio” ritual… Ahora se lo “insinúa”, se lo “motiva”, se lo “induce”. Jóvenes contra viejos. Eliminar la jubilación (no sé por qué, pienso en la “respiración asistida”). Eliminar la sanidad universal. Luego, eliminar a los pobres…La “solución final”. O sea.

Explicaciones alternativas del incremento de la desigualdad (a mi cuenta y riesgo, aunque no estoy solo)

(La desigualdad no está -justamente- en el gasto del Estado del Bienestar)

**-** Factor tecnológico: El cambio tecnológico basado en la cualificación, y especialmente el empleo de ordenadores, incrementa la prima de los trabajadores más cualificados/más formados.

**-** Factor globalización: Los cambios en la demanda de productos, junto con el comercio o la desindustrialización, conllevan cambios en el empleo hacia los sectores intensivos en cualificación.

**-** Factor inmigración: Incremento en la oferta de trabajadores menos cualificados.

Estos factores provocan incrementos en la demanda relativa de trabajadores más cualificados/educados en relación a los trabajadores menos cualificados/formados. Modificación de la oferta y demanda de cualificaciones.

**-** Descenso en la fuerza de los sindicatos

**-** Erosión del valor real del salario mínimo

**-** Cambios en las normas de remuneración

Los cambios en las instituciones que determinan los salarios han colocado en una débil posición negociadora a los trabajadores peor situados en la distribución de la renta.

Conclusión: Los cambios en la oferta y demanda de cualificaciones y en las Instituciones que determinan los salarios han “incrementado la desigualdad”.

Los mecanismos del mercado de trabajo son los dominantes en la determinación de la dinámica de la desigualdad en el mercado de trabajo.

Para comprobar esta hipótesis puede recurrirse a los cambios en los coeficientes de Gini para los países de la OCDE, 1970 - 1990 (según las medidas de Deininger y Squire), del Cuadro 7.3, del libro de James K. Galbraith y Maureen Berner (“Desigualdad y cambio industrial”), antes citado.

Surgen algunas pautas bastante plausibles. En primer lugar, los países que exhiben los niveles más altos de desigualdad en el primer período (Francia, Portugal, Italia y España) se han convertido en países más igualitarios a lo largo del tiempo, con descensos relativos en la desigualdad que van desde el 10 por 100 en Portugal hasta más del 30 por 100 en España. Italia, Reino Unido, Países Bajos y Japón tienen en común una evolución de la desigualdad en forma de “U”, con diferencias en el punto de inflexión (de desigualdad decreciente a desigualdad creciente) de un país a otro. Japón y Reino Unido fueron los primeros en cambiar en el período 1975 - 1980, seguidos de Italia y Países Bajos en el siguiente período. De los primeros, el Reino Unido exhibió la aceleración más fuerte en el incremento en la desigualdad una vez que tuvo lugar el cambio. Con la excepción de Nueva Zelanda, Reino Unido era el país en el que la desigualdad creció más, en casi cinco puntos de Gini.

Nueva Zelanda, Australia y EEUU presentan pautas consistentes en aumento en la desigualdad. El incremento de la desigualdad estadounidense comenzó en los años setenta y fue el primero en desarrollarse. Checoslovaquia y México mostraron una pauta oscilante en el tiempo, pero el contexto institucional de estos países era muy diferente del que existía en el resto. En Canadá y Bélgica, la tendencia fue hacia un descenso en la desigualdad, con un ligero incremento entre los períodos para cada país.

Desafortunadamente, no se pueden extraer conclusiones definitivas; en todo caso, estos datos simplemente diferencian las economías anglosajonas, en las que la desigualdad creció mucho más pronunciadamente que en el resto de los países.

Para aquellos lectores interesados en observar la “evolución” de los datos estadísticos reproduzco (parcialmente) el Cuadro 7.1 del libro citado: Coeficientes de Gini para 23 países de la OCDE, 1969 - 1992

Países 1970 1980 1990 1992

Japón 35,50 33,40 35,00 -----

España 37,11 (1) 26,79 25,91 (2) -----

Corea 33,30 38,63 33,64 (3) -----

Italia 41,00 (4) 34,29 32,74 (5) 32,19 (6)

Alemania 30,62 (7) 30,59 (8) 32,20 (9) -----

Francia 44,00 34,85 (10) 34,91 (11) -----

Reino Unido 25,10 24,90 37,80 32,40 (12)

EEUU 34,06 35,20 37,80 37,94 (12)

1. primer año registrado 1973
2. último dato registrado 1989
3. último dato registrado 1988
4. primer dato registrado 1974
5. dato correspondiente al año 1989
6. último dato registrado 1991
7. primer dato registrado 1973
8. dato correspondiente al año 1981
9. último dato registrado 1984
10. dato correspondiente al año1979
11. último dato registrado 1984
12. último dato registrado 1991

A falta de actualización de los datos, tal vez sea suficiente con la información periodística, para constatar los alcances del “cielo protector”. Hasta donde llega la “privatización”, el “conservadurismo compasivo”, o como dice Bush, la “sociedad de propietarios”. Ustedes juzgarán.

(BBCMundo.com - 12/01/05): “Mendigos en tierra de abundancia”

“Muchos ven a EEUU como la sociedad más rica del mundo, una tierra próspera, llena de oportunidades.

Pero, a las sombras del “sueño americano” también se registra un importante y creciente problema: la indigencia.

Se estima que alrededor del 1% de la población se queda sin hogar en algún momento a lo largo de un año cualquiera.

Las organizaciones de caridad critican al gobierno, tanto federal como de los diferentes estados, por no hacer lo suficiente para ayudar a los desamparados, y agregan que la legislación actual hace las cosas aún peor.

Paradójicamente, la ciudad con uno de los peores registros de indigencia es la misma capital estadounidense, Washington DC.

A las seis de la mañana, el centro del distrito federal está oscuro y en las calles hace mucho frío. Unos 200 indigentes convergen ante el portal de una iglesia, cálido y bien iluminado, para recibir un desayuno caliente consistente en avena y “bagels” o rosquillas, con huevos revueltos y café humeante. Es la Cocina de Miriam (Miriam’s Kitchen), una organización de caridad que ha servido desayunos gratuitos cada día, durante los últimos 21 años.

De acuerdo con su director, Scout Schingleberg, hay una serie de factores que contribuyen al problema de la indigencia en Washington DC.

“El alto costo de los alquileres, la falta de servicios sociales y el elevado índice de pobreza, se combinan de forma dramática para que Washington tenga uno de los mayores índices de indigencia per cápita del país”, señaló Schingleberg.

Durante los últimos años, el número de personas sin hogar que atiende la Cocina de Miriam aumentó un 30%...La mayor parte de los nuevos indigentes ha quedado sin hogar como consecuencia de la crisis económica: algunos perdieron su trabajo; otros fueron desalojados de sus viviendas por no poder pagar rentas cada vez más altas…

EEUU es criticado por criminalizar la indigencia. Dormir en la calle es un delito en muchos estados. Los mendigos son perseguidos por la policía; a veces, incluso, son encarcelados…

Problemas prácticos nunca faltan. Pero cuando les pregunto a los sin techo de Washington qué es lo que encuentran más difícil, la mayoría habla del estigma social, la indiferencia y el rechazo público.

“La mayor parte de la gente está tan inmersa en su vida cotidiana, que si te miran y se percatan de que eres indigente, te conviertes en una especie de ser invisible”…”No es que sean malos, sino que así son las cosas. Te miran y quizás no te ven, pero en realidad no te ven”…

“Este problema seguirá creciendo hasta que la sociedad toda se dé cuenta de que hay un problema de fondo”, dice Scout Schingleberg, director de la Cocina de Miriam”…

Otra forma de “abrir el melón” del Estado del Bienestar, puede ser observar la “evolución” del esfuerzo protector en Europa (lo que se quiere desmontar).

Protección social (% del PIB) Gasto sanitario (% del PIB)

Países 1992 2001 Países 1997 2001

Suecia 37,1 31,3 Alemania 10,7 10,8

Francia 29,3 30,0 Francia 9,4 9,6

Alemania 27,6 29,8 Grecia 9,4 9,4

Dinamarca 30,3 29,5 Portugal 8,6 9,2

Austria 27,8 28,4 Bélgica 8,4 8,9

Holanda 31,9 27,6 Holanda 8,2 8,9

Bélgica 27,7 27,5 Suecia 8,2 8,7

Grecia 21,2 27,2 Dinamarca 8,2 8,4

Reino Unido 27,9 27,2 Italia 7,7 8,4

Finlandia 33,6 25,8 Austria 8,0 8,0

Italia 26,2 25,6 Reino Unido 6,8 7,6

Portugal 18,4 23,9 España 7,5 7,5

Luxemburgo 22,5 21,2 Finlandia 7,3 7,0

España 22,4 20,1 Irlanda 6,4 6,5

Irlanda 20,3 14,6 Luxemburgo 6,0 6,0

UE 15 27,7 27,4 UE 15 6,0 6,0

Fuente: Eurostat e Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, de la OMS

La “calentura” está en saber si los países desarrollados, cuyos Estados ricos han levantado sistemas protectores financiados con diversas cargas impositivas, podrán mantener su competitividad frente a los países emergentes que producen a precios más baratos porque, entre otras razones, no facilitan a sus ciudadanos ninguna red.

Los grandes empresarios y banqueros, ahora con la presión de la globalización, piensan que “no hay demasiado tiempo” para dejar en la mínima expresión el renglón de los gastos sociales.

Lo que resulta menos “comprensible” (y mucho menos, “asumible”), es que los ultraliberales practiquen la demagogia de las rebajas sin fin de los impuestos, a riesgo de destruir el equilibrio social.

No es “comprensible” (y muchos menos, “asumible”), extender la pobreza social que aportan a Occidente los modelos productivos de China, India o Corea, que sólo pueden ser calificados de desiguales y explotadores.

No es “comprensible” (y mucho menos, “asumible”) entrar al futuro caminando hacia atrás.

Mientras los “profetas de la privatización” sostienen que el sistema de protección social “está abocado a la quiebra” o “está destinado a chocar contra un iceberg”… El seguro privado mira atento a los hospitales… Se inventan enfermedades para ganar dinero… Las alertas sobre riesgos de medicinas nuevas mueven a reclamar garantías… Los expertos piden cambios en las agencias de medicamentos… La preocupación por el elevado coste de los fármacos refuerza la necesidad de analizar las ventajas de los nuevos productos, más caros… y Bush reforma el Medicare (¿bendición o trampa?).

Y en el Apartado La “utopía” de la Europa social (lo que algunos llaman mito…)

A modo de conclusión, escribía:

Cuando no se puede negar lo obvio, torcer la realidad, ocultar la evidencia, demostrar lo… indemostrable, no puede hablarse del “fantasma” de los mitos perturbadores que han retornado.

Los “pragmáticos” (?) sostienen que la economía europea está en la encrucijada, que sólo puede salir del actual atolladero “articulando un cuerpo de políticas macroeconómicas coherentes (?) con la promoción del crecimiento, al tiempo que se mantienen las políticas macroeconómicas de estabilidad y se modernizan las políticas de cohesión -esto es lo que se suele llamar “las políticas sociales”- para adaptarlas al entorno actual más exigente de globalización y fuerte competencia exterior”…Y agregan: Sólo así, “Europa estará labrándose un futuro más próspero y ganando peso en el concierto internacional.

Pero eso es, cabalmente, lo contrario, de los cinco criterios que predica la “Europa social” : que la tasa de paro esté por debajo del 5%; que la tasa de pobreza -los que viven por debajo del 60% de la media nacional- sea inferior al 5%; que la tasa de analfabetos de más de 10 años sea inferior al 3%; que la tasa de los mal alojados no supere el 3%; finalmente que la ayuda pública a los países en vías de desarrollo sea mayor del 1% del PIB.

Los “pragmáticos” (?), como sucede siempre, sostienen que creer en un “mito” como éste lleva a la ruina. La Europa social hundiría a la Europa próspera, y no habría Europa social.

Los “utópicos” (entre los que me incluyo) sostienen que “no se trata de desear lo imposible, sino -tal vez- sólo de continuar lo posible”.

A menos, que los “pragmáticos” se atrevan a “confesar” y “convencer” de las virtudes competitivas y redistributivas de la “carrera de la pobreza” (pobres contra pobres). Por las dudas, tomen nota:

* La próxima vez que se ponga una camisa, un sostén o un calzoncillo, será protagonista quiera o no de un drama que afectará la vida de 40 millones de trabajadores en el mundo. Ese es el número de personas empleadas por la industria textil y de la indumentaria, que desde el 1º de enero de 2005 experimentará una verdadera revolución. En esa fecha expiró el llamado Acuerdo Multifibras, el sistema de cuotas que ha regido durante décadas las exportaciones sobre todo a los grandes mercados de EEUU y Europa. En otras palabras, gigantes como China podrán exportar sin que las cuotas les impongan límites. Habrá ganadores y perdedores, sobre todo en América Latina. Para muestra un botón. Según las estimaciones de la OMC, las exportaciones de textiles de China a EEUU pasarán de un 16% a un 50%, mientras que las de México caerán un 70%. Detrás de los porcentajes estarán los rostros de miles de personas en el mundo que perderán sus empleos y otras que lo conseguirán. En Bangladesh podrían perderse un millón de empleos (otros cálculos cifran la pérdida en 1,8 millones). Según estimaciones citadas por la Federación Internacional de Sindicatos (ICTFU), el sector textil y de la vestimenta emplea cerca de 40 millones de personas en el mundo, muchas de ellas mujeres. El sector genera según las mismas estimaciones intercambios comerciales por un monto superior a los US$ 360.000 millones al año, un 6% del comercio mundial. Según los expertos, el fin del sistema de cuotas hará que las compañías dejen de comprar textiles y vestimenta de los países menos competitivos. Es poco probable que las compañías como GAP o NIKE compren sus productos de solamente un país, pero según un representante de la Asociación de Importadores de EEUU, citado por la ICTFU, “es probable que las empresas compren sus productos de cinco o seis países para 2007, en lugar de esparcir sus compras en 50 países diferentes, como hacen hoy”. Las fábricas están cerrando o amenazando cerrar en todas partes, incluyendo Turquía, México, América Central, en África, en Asia. Sólo en China los obreros están trabajando horas extras para construir nuevas plantas.

La industria textil y de la vestimenta también es una fuente importante de trabajo en Occidente. Sólo en la Unión Europea emplea a 2,5 millones de personas, según un documento de la ICTFU.

En EEUU ya se han perdido 350.000 empleos en el sector en los últimos cuatro años de acuerdo al documento.

China e India serán los grandes beneficiarios. Los productos chinos son considerablemente más baratos por varios factores, especialmente el costo menor de la mano de obra. La ICTFU habla de “salarios de miseria, que se mantienen al mismo nivel durante años y se pagan a veces con atraso de meses, además de condiciones de trabajo deplorables”. China e India tienen como 600 millones de personas muy pobres, que viven con menos de un dólar al día.

Según el Banco Mundial, China pasará a controlar un 50% del comercio mundial textil en el 2010. Y diversos estudios apuntan que podrían perderse hasta 30 millones de empleos en el mundo.

Un consuelo para “idiotas”: entre los ganadores estarán también los consumidores, ya que la mayor competencia llevará probablemente a una caída en los precios. Según estimaciones citadas por OXFAM, una familia en Europa paga US$ 350 adicionales en ropa de lo que debería, debido a las actuales barreras.

Nos quedamos sin trabajo, pero podemos comprar más barato lo que antes producíamos (más caro) en el empleo que hemos perdido. Esto es la “competitividad”; esto es el “librecambio”; esto es lo que se hace pero no se dice; este es el “catecismo” de los pragmáticos. Esta es la flexibilización buscada. Esta es la desregularización pretendida. Este es el cambio de estructuras propugnado. ¡Estas son las “municiones” con las que cargan las armas para “fusilar” al Estado del Bienestar!

* (30/05/03): Esclavos a los 7 años. Dos reporteros viajan hasta Benín, en África, y Pakistán, en Asia, para comprobar la más atroz de las crueldades sobre los seres más indefensos. La realidad supera cualquier fantasía de terror.

La tragedia de ser niño en Benín, vendido por una bici o por 20 euros. El 10% de los niños de Benín, unos 300.000 viven como esclavos dentro o fuera del país. Los niños del mercado pasan 12 horas vendiendo y 6 trabajando en casa.

En Pakistán, ser niño es un infierno. Con apenas 7 años pueden ser condenados a muerte o encerrados en cárceles rodeados de adultos. Los más afortunados, son obligados a vivir el resto de su vida en centros donde duermen en el suelo, sólo pueden salir al patio durante una hora al día y son sedados para que no molesten.

* (28/11/04): Explotado por los Reyes Magos. El periodista se hace pasar por un empresario occidental y entra en fábricas de China donde niños, jóvenes y mayores trabajan en condiciones infrahumanas. Jornadas de 14 horas, siete días a la semana, para inundar Occidente de juguetes.

En las fábricas-cárcel los empleados no pueden salir durante meses. Por una hora extra cobran 10 céntimos. El obrero memoriza un cuestionario por si aparece el inspector. “¿Has visto un menor trabajando?”: Respuesta: “No”. En Mou Yip, el periodista localiza a varios menores. Su cometido: fabricar miles de muñecas a un euro y medio, la unidad.

¿Y qué hacen las grandes empresas multinacionales en esta carrera -siniestra- de la pobreza?

* (08/01/05): Nike, Puma y Kindy dejan Marruecos tras la apertura a las importaciones chinas.

H&M y Marks & Spencer también preparan el cese de la producción en el país.

Nike, Puma y Kindy, tres grandes multinacionales del sector textil, han dejado de subcontratar su producción en Marruecos como consecuencia del fin de las cuotas en el comercio textil mundial. La patronal del sector calcula en 70.000 los empleos amenazados. Marruecos puede perder el 40% del mercado europeo.

De momento, parece que empiezan a confirmarse los augurios de que el fin de las cuotas va a suponer una deslocalización masiva de producción hacia China por parte de empresas europeas y estadounidenses.

Estos son algunos ejemplos -sólo algunos- de la “paradoja de la liberalización”.

Se ha invertido la estrategia de Henry Ford de pagar lo suficiente a sus trabajadores para que compren coches Ford. Las mezquinas políticas salariales -que van imponiéndose en EEUU y Europa- son parte de una economía en la que los trabajadores sólo pueden permitirse el “lujo” de comprar productos chinos.

Así y todo -una vez más- debemos soportar la misma hipocresía en el Foro Económico Mundial, en Davos, cuyo tema estrella es: “Seguridad y prosperidad, la misma moneda”. Para finalizar diciendo (¡ofendiendo a la inteligencia y tomándonos por idiotas!): “Lo que se está escribiendo aquí es un nuevo pacto adaptado a los nuevos tiempos del viejo entre el capital y el trabajo”.

Permítanme concluir citando a dos grandes Maestros.

Dijo Camus: “Indudablemente cada generación se cree destinada a rehacer el mundo. La mía sabe, sin embargo, que no podrá hacerlo. Pero su tarea es, quizá, mayor. Consiste en impedir que el mundo se deshaga. Heredera de una historia corrupta en la que se mezclan las revoluciones fracasadas, las técnicas enloquecidas, los dioses muertos y las ideologías extenuadas; en la que poderes mediocres, que pueden hoy destruirlo todo, no saben convencer; en que la inteligencia se humilla hasta ponerse al servicio del odio y la opresión”…

Dijo Sabato: “Tenemos que absolutamente saber que hay una manera de contribuir a la protección de la humanidad, y es no resignarse.

Veinte o treinta empresas, como un salvaje animal totalitario, tienen el dominio del planeta en sus garras. Déspotas invisibles, controlan con sus órdenes la dictadura del hambre, la que ya no respeta ideologías ni banderas. Continentes enteros en la miseria junto a altos niveles tecnológicos, posibilidades de vida asombrosa a la par de millones de hombres desocupados, sin hogar, sin asistencia médica. Diariamente es amputada la vida de miles de hombres y mujeres; de innumerable cantidad de adolescentes que no tendrán ocasión de comenzar siquiera a entrever el contenido de sus sueños. Ya la gente tiene temor que por tomar decisiones que hagan más humana su vida, pierdan el trabajo, sean expulsados y pasen a pertenecer a esas multitudes que corren acongojadas en busca de un empleo que les impida caer en la miseria. Son los excluidos, una categoría nueva que habla tanto de la explosión demográfica como de la incapacidad de esta economía en cuyos balances no cuentan la vida de millones de hombres y mujeres que así viven y mueren en la peor miseria. Son los excluidos de las necesidades mínimas de la comida, la salud, la educación y la justicia; de las ciudades como de sus tierras”…

**(De 2005 a 2013) “Y mira que ha llovido desde entonces”…**

**(Octubre de 2013) Desde el año 2008 en adelante, los habitantes de los países avanzados (¡vaya sarcasmo!) fueron “agraciados” con la mayor depresión registrada desde el año 1930, y “enviados” al Tercer Mundo, en un vuelo non stop.**

**Por el sumidero de la historia se han ido, o van en camino de ello, años de luchas y conquistas sociales, beneficios que las sociedades desarrolladas (¿debería decir, “ex”?) daban por seguros, estables y predecibles. Educación, sanidad, pensiones… todo un sistema de protección, redistribución de ingresos, equilibrio social… se ven cercenados, limitados, restringidos, condicionados, circunscriptos, trabados…**

**Es el “fin de la historia”, pero no por el “éxito” del “neolibralismo”, como proclamó Fukuyama, sino por el “fracaso”, estruendoso del “mercado de manos libres”, que muchos, como Fukuyama, promovieron, justificaron o toleraron.**

**Ahora, se trata de “pagar la cuenta”. Una cuenta que contrajeron los ricos y poderosos (los de siempre. vamos), pero que deben saldar los que trabajan, los que estudian, los desempleados, los pobres, los enfermos… (los de siempre. vamos).**

**Una cuenta que no se originó por el alto costo del Estado del Bienestar, como tratan de hacernos creer (vivir por encima de nuestras posibilidades), sino por el alto costo de la Economía de Casino, que se niegan a reconocer (especular por encima del capital propio), y que ha sido el gran causante del déficit y la deuda pública, con el que ahora se les rescata (con el timo del riesgo sistémico y el mito de la estabilidad de los mercados). Del “espejismo” a la “crisis”. Menuda receta.**

**Sembrar el pánico. La inseguridad sanitaria (que es lo que nos ocupa), educativa (tratada anteriormente) o jubilatoria (el próximo apartado) son los últimos eslabones de una dependencia aberrante de la economía financiera.**

**Hay una relación directa entre la institucionalidad de un país y su capacidad para educar a los niños, mejorar las infraestructuras, cuidar la salud de las personas y tener sistemas judiciales claros y transparentes. Es la base de todo el sistema. ¿Es razonable (justo y necesario) que algunos países europeos condenen a su población a vivir en condiciones de post-guerra, para pagar las indemnizaciones de una guerra (financiera) que libraron (y perdieron) los “amos del universo”?**

**No se trata de problemas de eficiencia del gasto (ya llegaremos a ello), siempre interesante, siempre conveniente, sino de sobrevivencia del sistema de seguridad pública, de mantener la estabilidad y generar prosperidad (como había sido en los últimos 70 años). Parte de lo que fue necesario para moldear la Unión Europea.**

**El interrogante es el siguiente: ¿La Unión Europea del siglo XXI se asemejará a Europa -la región dominante de gran parte de la historia moderna- durante la primera mitad del siglo XX, cuando experimentó dos guerras de costo y destrucción sin precedentes, o la segunda mitad, cuando las tensiones con la Unión Soviética se manejaron de manera efectiva y Europa occidental experimentó una paz y una prosperidad nunca antes vistas?**

**Europa no solo tuvo suerte. La historia se desarrolló como lo hizo, solo porque sus líderes políticos demostraron una gran visión y disciplina. En consecuencia, adversarios de larga data como Francia y Alemania se reconciliaron dentro de un proyecto regional -primero, una comunidad de carbón y acero, que se expandió hasta convertirse en la Comunidad Económica Europea y, finalmente, la Unión Europea- que integró al continente política y económicamente a punto tal que un conflicto violento pasó a ser impensable.**

**Kafka en el seguro social**

**La opción sanitaria europea más temible (no improbable) en la del Tercer Mundo.**

**Y cuenta la historia…**

*“En 2008, el Gobierno de México lanzó un novedoso concurso para identificar el trámite más inútil, engorroso y surrealista de los más de 4.200 que superpueblan la feroz burocracia federal. Además de un buen reguero de titulares, las más de 21.000 propuestas que recibió la iniciativa ofrecieron una espeluznante radiografía del* ***purgatorio en el que se ha convertido la Administración Pública mexicana****, donde abrir un negocio, introducir un reclamo o denunciar un robo puede convertirse en una auténtica roca de Sísifo del papeleo.*

*La palma (y los casi 16.000 euros de premio) se la llevó una atribulada madre soltera que, dos veces al mes, pasaba las de Caín en los pasillos del Seguro Social tratando de conseguir un medicamento para su hijo de siete años. Formalizar el pedido le tomaba un mínimo de cuatro días, en los que debía lidiar con una maraña de no menos de ocho funcionarios.*

*No faltó quien postulara al propio concurso como “el trámite más inútil” ante las dificultades que tuvieron para encontrar las bases de la convocatoria. Y a tenor de los resultados, algunos no dudarían en darles la razón. De las 1.200 diligencias que se propusieron eliminar en tres años, las autoridades apenas podaron 30,* [*según el informe final de la Secretaría de la Función Pública*](http://www.funcionpublica.gob.mx/index.php/ua/ssfp/el-tramite-mas-inutil.html)*.*

*A día de hoy, los mexicanos (y su productividad) siguen languideciendo en interminables colas para hacer trámites kafkianos en oficinas cochambrosas a merced de funcionarios incompetentes, despóticos o directamente corruptos.* ***Un rosario de despropósitos que se reza en toda América Latina, con alguna honrosa excepción*** *que viene a confirmar la triste regla”…* Esta es la maldición de Latinoamérica (El Confidencial - **30/10/13**)

**¿A esta situación, quieren llegar los líderes europeos cuando proponen instaurar la “sociedad participativa”, o la “solidaridad directa”, o la “big society”?**

**En esa tesitura “tercermundista”: ¿“la gente quiere decidir por sí misma, organizar su vida y cuidar de los otros”?**

**¿Privar a los sectores más necesitados de la población de un sistema sanitario amplio y eficiente, equivale a “reinventar” el Estado del Bienestar?**

**¿Los pacientes que concurren al hospital público a recibir atención sanitaria, se “corrompen” porque los hace dependientes de las ayudas?**

**¿Los enfermos conectados a la “máquina de diálisis” para su tratamiento (por ejemplo), pueden considerar al estado como una “maquinita de la felicidad”?**

**Dios mío: cuanta injusticia, cuanto despotismo, cuanta mediocridad moral, cuanta estupidez, cuantas mentiras, cuanta traición, cuanta corrupción, cuanta doblez, cuanta hipocresía, cuanta arrogancia, cuanta insensibilidad, cuanta cobardía…**

**Ante tal ignominia, afrenta, infamia, escarnio… solo puedo rogar: “Señor no les perdones, porque saben lo que hacen”.**

**Enfermos de esperar: “Hermano Calmado”**



##### El afectado (Imagen: Twitter - El Economista - 30/10/13)

*“Las imágenes de un hombre en un hospital del noreste de China mientras aguardaba pacientemente su turno en una sala de espera con media hoja de un cuchillo clavada en su cráneo, circulan ampliamente en las redes sociales del país, donde los internautas se preguntan cómo puede alguien actuar con tal calma.*

*Las fotografías pertenecen a un hospital de la ciudad de Yanji, en la provincia de Jilin, donde se ve cómo el hombre espera en la entrada de la consulta o permanece sentado de brazos cruzados, casi sin inmutarse.*

*Los internautas han apodado al paciente “Hermano Calmado”, mientras la prensa local ha aclarado que el hombre, de mediana edad y cuyo nombre no ha sido revelado, se clavó el cuchillo de cocina en una pelea en broma con amigos.*

*La víctima no sentía apenas dolor cuando llegó al hospital, y al parecer el cuchillo no había llegado al interior del cráneo, por lo que no causó daños cerebrales y fue retirado con facilidad, señalaron los médicos del hospital donde ocurrió el suceso, anejo a la Universidad de Yanbian.*

*Al parecer “Hermano Calmado” no ha interpuesto denuncia alguna contra sus amigos, y ha evitado hacer declaraciones a la prensa, mientras que el hospital se ha negado a facilitar más datos sobre su identidad”...*

**¿Cuánto tiempo habrá que esperar para ver una “Imagen Twitter” semejante, de alguna “sala de urgencias” en un hospital europeo (ya no digamos en los EEUU donde no se hacen fotos tan… “manidas”?**

**Big society: pagar más y tener menos servicios (educación, sanidad, pensiones…).**

**Tan despóticos con los débiles (impositores) y tan serviles con los poderosos (ricos).**

**Mientras a ustedes (ilustres dirigentes) les da igual lo que piensen los ciudadanos, creo, humildemente, que hay otra forma de hacer Europa (o EEUU, en su caso).**

**Para los profetas del libre mercado, todos estos problemas se reducen a una simple pregunta: “¿En qué tipo de sociedad queremos vivir?” Las opciones, a juicio de la mediocre dirigencia europea (o estadounidense, tanto monta, monta tanto), son igualmente simples: las respuestas serían o “en una sociedad donde se viva en ‘dependencia’” o “en una sociedad basada en la ‘autosuficiencia’”.**

**Un proceso tecnocrático de formulación de políticas socio-económicas, debería tener contestaciones, más racionales, más diversas, más complejas, más flexibles, más amplias… menos “dogmáticas”, menos “incuestionables”, menos “radicales”.**

**Relación costo**/**eficiencia del sistema de salud (buscando unas bases sólidas de financiación a largo plazo, en contra de las políticas fiscales irresponsables)**

**¿Debe la sanidad pública ser el paraíso del “gratis total”?**

**¿Debe la sanidad pública ser una carrera loca (de los políticos demagogos) por tener el establecimiento hospitalario más grande y más moderno, con la aparatología y tratamientos, más sofisticados, sin medir costos, ni beneficios?**

**¿Deben los médicos de la sanidad pública sobremedicar, ordenar análisis innecesarios, exámenes redundantes, tratamientos prolongados con inciertas probabilidades de éxito, intervenciones quirúrgicas avanzadas…, solo para mantener a pleno funcionamiento, instalaciones hospitalarias sobredimensionadas, aparatología de última generación y dotaciones profesionales subutilizadas?**

**¿Resulta razonable que el 40% del gasto sanitario de una persona, se haga en los últimos 6 meses de vida? ¿Para qué? ¿En beneficio de quién?**

**¿Existe algún cálculo (o interés en hacerlo) sobre el derroche en tratamientos inútiles que sangran a la sanidad pública?**

**¿Se realiza alguna evaluación económica de medicamentos como factor de sostenibilidad de la sanidad pública?**

**¿Cuántas intervenciones médicas son innecesarias?**

**¿Un sistema gratuito que permite al usuario disponer de toda la cantidad de servicios que desee sin sobrecoste, no incitan a los usuarios a sobreutilizar los servicios?**

**¿Esa hiperfrecuentación, no satura los servicios de atención médica y genera un incremento desmesurado en el número de recetas?**

**¿Cuántos laboratorios médicos crean patologías para vender más? ¿Cuántos medicamentos van en busca de la enfermedad y no al revés? ¿De verdad son seguros los medicamentos que nos recetan?**

**Larga vida: ¿cuánto costará mantener a tantos mayores en condiciones adecuadas? ¿Compensa vivir cien años?**

**Ahora, veamos qué ocurre con los que viven del lado “bueno” de las vías del tren**

**¿Es posible que en el país más rico y poderoso de la tierra (de momento) haya más de 45 millones de habitantes sin “cobertura sanitaria”?**

**¿Resulta creíble que si EEUU no reforma la sanidad y las pensiones, no podrá costear su deuda pública?**

**¿Hasta cuándo los americanos ricos podrán “seguir a lo suyo”: sosteniendo que la pobreza y la salud “no” son “problemas sociales”?**

**¿Estaría la gente de la derecha americana dispuesta a dejar morir por falta de asistencia a aquellos que no están asegurados aunque no sea culpa suya?**

**¿Por qué en los EEUU solo los pobres mueren jóvenes? ¿Será un daño colateral?**

**¿Por qué en los EEUU los ricos son más sanos? ¿Será un hecho de la naturaleza?**

**Entre revocar el “Obamacare”, como llaman despectivamente los republicanos a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, y “el peligro de un “socialismo” disfrazado que abultará el déficit nacional” (sic)… ¿puede ser que más de 129 millones de estadounidenses menores de 65 años... estén en riesgo de perder su seguro de salud porque tienen condiciones pre-existentes”?**

**En realidad, la mayoría de los estadounidenses no asegurados tienen pocos ingresos y no pueden permitirse un seguro, o bien son rechazados por las aseguradoras porque padecen enfermedades crónicas. Las personas que no pueden permitirse la asistencia sanitaria básica por lo general no la consiguen y a veces mueren como consecuencia de ello.**

**Es importante señalar que el número de estadounidenses sin seguro de salud alcanzó un máximo histórico en 2010, Alrededor de 50 millones de residentes de Estados Unidos (uno de cada seis) pagan de su bolsillo los gastos médicos en que incurren. La recesión de 2008 no es la única razón para esta escalofriante cifra; también hay que culpar a decisiones políticas de larga data.**

**La Ley de Salud Asequible, impulsada por Barack Obama y aprobada por el tribunal constitucional de EEUU, introduce los mayores cambios en el sistema sanitario del país en una generación. La ley extiende la cobertura sanitaria a millones de estadounidenses (aproximadamente el 15% de la población) que actualmente no tienen seguro y cambiará la forma en la que los ciudadanos compran sus seguros médicos y lo que las aseguradoras deben cubrir.**

**La sanidad en EEUU seguirá siendo de pago. Los pacientes siempre tienen que pagar por la póliza, o bien a través de lo que le descuenta su empleador de la nómina o bien contratando él mismo un seguro privado. Además, normalmente se abona un copago cuando se visita al médico o se compra un medicamento incluso con receta.**

**En el Día de Todos los Santos**

**Inicio la redacción de esta Sección el 1 de noviembre de 2013 (Día de Todos los Santos); es una tradición católica instituida en honor a todos los santos, conocidos y desconocidos, según el papa Urbano IV, para compensar cualquier falta a las fiestas de los santos durante el año por parte de los fieles. En diversos lugares del mundo se celebra la tradición de honrar y traer a la memoria a las personas que han muerto.**

**¿Los “caminos” de Dios? ¿un acto premeditado? ¿un hecho fortuito? ¿un día como cualquier otro? Ustedes califican. Para mí, es una señal, una advocación.**

**El título que tenía previsto para esta parte era: “Encefalograma plano”**

**La arrogancia, irresponsabilidad y frivolidad, con que los líderes políticos están tratando y resolviendo los temas de la sanidad pública, me lleva a preguntar: ¿son así de imbéciles o lo parecen? ¿son conscientes que están en el cargo por el voto de los ciudadanos? ¿acaso recuerdan quién les paga el sueldo (al menos el oficial)?**

**Si se implementan con rigurosidad e inmediatez las medidas de “sostenibilidad” previstas en la sanidad pública (y todo hace pensar que así será), podría diagnosticarse una “muerte cerebral” del sistema (ocurre cuando no llegan al cerebro ni el flujo sanguíneo ni el oxígeno, lo que provoca que éste deje de funcionar; no obstante, el resto de los órganos pueden seguir funcionando por asistencia mecánica incluso varios días después de que el cerebro haya “muerto”).**

**Estos “insensatos” dejan abandonados a niños, ancianos, deficientes mentales, lisiados, dependientes, moribundos, personas sin recursos, padres que necesitan enviar a sus hijos a la guardería para ir a trabajar (después de haber alentado la natalidad), parturientas, enfermedades raras, asistencia psiquiátrica,… y así, hasta “vaciar” el “manual de anatomía”, mientras “podan” de raíz, el vademécum.**

**Una sanidad “low cost”, dónde a los ancianos se les tome la tensión con el abrigo puesto (de prisa, de prisa), dónde los médicos de familia atiendan (pero nunca escuchen o contengan) un paciente cada 15 minutos (de prisa, de prisa), dónde el acceso a las consultas externas y pruebas especiales, sea una travesía del desierto o una “lotería” (aguante o sorteo), dónde las “listas de espera” se prolonguen hasta la extenuación o la baja por fallecimiento (una buena fórmula económica).**

**Para restar un poco la dramatismo al texto, y en celebración de “San la Muerte” les dejo algunos “epitafios” para que los pacientes puedan despedirse del Servicio Público de Salud: *“Perdón por no levantarme”* (Groucho Marx)** - ***“Ya decía yo que ese médico no valía mucho”* (Miguel Mihura)** -  ***“Perdónenme el polvo”* (Cesar Vallejo)** - ***“Si no viví más fue porque no me dio el tiempo”* (Marqués de Sade).**

**Otros “epitafios” (anónimos): *Te dije que estaba enfermo*** *-* ***Bueno, esto es un asco - No estaré de vuelta, tras este mensaje - Esto es todo, amigos - Idos, estoy dormido.***

**Tal vez, sea lo único que nos quede (a los sufridos contribuyentes) del sistema público de sanidad: “la envidiable salud de los decesos”.**

**Más allá de la economía financiera: las otras deudas**

**Después de semejante “catilinaria”, algunos podrán pensar que estoy haciendo una defensa “acérrima” del servicio social de salud. No es el caso.**

**Después de tamaña “catarsis”, algunos podrán suponer que la única forma de “universalizar” el cuidado sanitario, es a través del sector público. No es el caso.**

**Después de tanto “discurso”, algunos podrán imaginar que la única medicina “altruista” es la que se practica en los hospitales del estado. No es el caso.**

**Siguiendo el principio, “todo el mundo está cubierto, pero no todo está cubierto”, los gobiernos deberían investigar qué servicios son más eficaces en función de los costes y cuáles no deben ser financiados con fondos públicos, debido a que son costosos e ineficaces. La lista de los servicios asegurados siempre puede elevarse en sintonía con las rentas y los ingresos del gobierno, en cada momento y circunstancia.**

**En realidad lo que me interesa y defiendo, es un “servicio” sanitario, lo más amplio y colectivo posible. Con las mejores prestaciones médicas, y al menor costo fiscal. Me da lo mismo, si es público en su totalidad, o prestado por el sector privado con la propiedad del estado, o totalmente privado con una membresía abonada con un “cheque sanitario”. Me importa la calidad y el alcance (cobertura) del servicio, no su propiedad o la modalidad de prestación. Que los ciudadanos de un país, por el solo hecho de serlo, tengan acceso a un control y cuidado su salud, razonable, sin el límite que impongan sus propios recursos económicos.**

**Sospecho de los políticos que usan la sanidad pública como arma electoral (demagógica y clientelar), sospecho de los médicos que se rasgan las vestiduras en defensa de la sanidad pública y por la tarde trabajan en sanatorios privados (a los que han criticado por la mañana), sospecho de los médicos que derivan sus clientes privados (que atienden por la tarde), al hospital público (donde trabajan por la mañana), para realizar exámenes y pruebas costosas, internaciones prolongadas, o intervenciones quirúrgicas de riesgo.**

**Sospecho de los hospitales privados que subcontratan con el sector público la prestación de determinados servicios sanitarios (generalmente los de menor costo y mayor arancel), sospecho de la industria de equipamiento hospitalario y de los laboratorios medicinales, que “incentivan” a funcionarios y profesionales para sobredimensionar instalaciones y equipos, y para incrementar la factura sanitaria.**

**Así y todo, creo que sin que el estado haga dejación de sus responsabilidades para con los contribuyentes, se puede encontrar una combinación público/privada que optimice los recursos y maximice las prestaciones, al mínimo costo y con un aceptable nivel de calidad, asegurando el manteniendo de una cobertura amplia y generosa para la totalidad de la población. Algunos países lo están logrando.**

**En las próximas páginas, ustedes encontraran amplia información y la opinión de “los que saben”, para que puedan sacar sus propias conclusiones, en un asunto de tan sensible, y con la intención de enriquecer un debate conveniente y necesario.**

**Un recorrido de cabotaje, por la hemeroteca (2011 - 2013)**

Las peripecias del Obamacare (el jardín de senderos que se bifurcan)

“*Tras siete horas de debate, los republicanos han conseguido tumbar la reforma sanitaria, tal y como prometieron. La Cámara de Representantes de EEUU, bajo control republicano, aprobó hoy revocar la reforma del sistema de salud aprobada en 2010, cumpliendo así una de sus promesas electoral. Los demócratas que controlan el Senado no prevén debatirla y, de todas maneras, el presidente Barack Obama ha prometido vetarla si llega al Despacho Oval”...* Los republicanos cumplen su promesa: revocan la reforma sanitaria (Libertad Digital - **20/1/11**)

Con 245 votos a favor y 189 en contra, la revocación se aprobó en la Cámara Baja sobre líneas partidistas, tras un debate que repitió, casi palabra por palabra, los mismos argumentos del año pasado.

Sólo tres demócratas apoyaron la medida, y un legislador se abstuvo de votar. El debate se dividió entre los demócratas que se proyectaron como paladines de la clase media, los trabajadores y jubilados, y los republicanos que advirtieron de la excesiva injerencia del Estado en el sector privado.

La votación, puntualizada con vítores y abucheos en la galería de visitantes, puso fin a siete horas de debate que reflejó las viejas pugnas ideológicas entre demócratas y republicanos sobre cómo resolver las disparidades del complejo y costoso sistema de salud en Estados Unidos.

Promulgada por Obama el 30 de marzo de 2010, la reforma sanitaria es una de sus principales victorias legislativas y supone la mayor transformación del sistema de salud desde la década de 1960.

Para los demócratas, revocarla es moral y fiscalmente irresponsable, porque da marcha atrás a una medida que amplía la cobertura médica, reduce los costos de salud y provee incentivos fiscales a los negocios que proveen ese beneficio a los trabajadores. La solución es corregirla y no desbaratarla por completo, aseguran.

Este voto “significa que más de 129 millones de estadounidenses menores de 65 años... perderán su seguro de salud porque tienen condiciones pre-existentes”, se quejó la líder de la minoría demócrata en la Cámara Baja, Nancy Pelosi, haciéndose eco de un análisis divulgado por el Departamento de Salud.

Pero, desde un mismo libreto, los republicanos replicaron que “Obamacare”, como llaman despectivamente a la Ley de Cuidado de Salud Asequible, no es más que un “socialismo” disfrazado que abultará el déficit nacional.

La reforma “es la joya de la corona” del “socialismo” de Obama y los republicanos lucharán hasta colocar en la Casa Blanca a un presidente que la revoque, dijo la republicana de Minnesota, Michelle Backmann, respaldada en 2010 por el movimiento conservador Tea Party.

En comentarios recogidos por la prensa nacional, el legislador demócrata de Tennessee, Steve Cohen, hizo referencia al ministro de propaganda nazi, Joseph Goebbels, al acusar a los republicanos de mentir sobre el alcance y contenido de la reforma.

“Ellos dicen que el Gobierno tomará control del cuidado de salud, y es una gran mentira, como la de Goebbels (contra los judíos). Repites la mentira suficientes veces y al final la gente termina creyéndosela”, afirmó Cohen.

Este voto, aseguran los republicanos, es apenas el primer paso para reemplazar la reforma con una que verdaderamente reduzca los costos de salud y proteja los empleos. En un mensaje a sus votantes en Ohio, el presidente de la Cámara de Representantes, el republicano John Boehner, dijo que la reforma es “un laberinto de exigencias y aumentos de impuestos” que incrementa los costos de salud y perjudica a la pequeña empresa.

A sabiendas de que la medida morirá en el Senado -porque los demócratas no tienen intención de votarla-, los republicanos de la Cámara Baja prevén debatir inmediatamente una iniciativa para que varios comités comiencen a elaborar una alternativa a la reforma sanitaria.

La Oficina de Presupuesto del Congreso (CBO) señala que la revocación añadirá 230.000 millones de dólares al déficit en diez años, pero los republicanos aseguran que ese análisis se basa en fallidas premisas.

Una encuesta adelantada hoy por NBC News y Wall Street Journal muestra a una nación dividida sobre el asunto: el 39 por ciento de los estadounidenses cree que la reforma sanitaria es una buena idea, e igual porcentaje opina lo contrario.

Además, el 46 por ciento de los mil votantes encuestados entre el 13 y 17 de enero pasados se opone a la revocación de la reforma, y el 45 por ciento la apoya, según la encuesta que tiene un margen de error de hasta unos 3,1 puntos porcentuales.

La relación entre salud, empleo y jubilación en edades avanzadas

- Salud, mortalidad y participación en edades avanzadas (I) (Fedea - **24/3/11**)

(Por Sergi Jiménez) Lectura recomendada

Uno de los temas potencialmente más controvertidos es la relación entre salud, empleo y jubilación en edades avanzadas. En un reciente estudio internacional de 12 países, coordinado por David Wise (Harvard y NBER) estudiamos la relación entre salud, participación y programas de retiro, con especial énfasis en el papel del programa de invalidez en edades avanzadas (50 y más) y con la pretensión de analizar qué porcentaje de las diferencias entre países se pueden explicar por las diferencias en los programas de protección social. En esta primera entrada, resumimos la evidencia obtenida (aunque poniendo algo más de énfasis en el caso español, que se estudia específicamente) sobre mortalidad, que quizás es el indicador más fiable a la hora de comparar el estado de salud entre poblaciones. En posteriores entradas presentaremos la relación entre participación laboral en edades avanzadas y mortalidad y la relación entre salud e invalidez.

Mortalidad

1) La mortalidad se ha reducido notablemente en los últimos 50 años en prácticamente todos los países avanzados. Cabe reseñar que aunque están bien documentadas las diferencias según el nivel de educación (ingreso), los hábitos y (menos) las condiciones laborales, la caída afecta a todos los individuos de toda condición.  
En las figuras 1 y 2 presentamos la evolución de la tasa de mortalidad a los 65 observada en el conjunto de países estudiados de 1950 (año para el cual el dato español era el más alto) a 2008. Observamos dos periodos bien diferenciados, siendo el año pivotal 1970. Antes de ese año, la tendencia no era clara en muchos países, observándose en algunos casos incluso un ligero repunte de la mortalidad (Alemania, Italia, Holanda entre ellos). Después de 1970, destacan dos hechos: la continua reducción de la mortalidad y la fuerte convergencia de las tasas de mortalidad en edades avanzadas, que pasan de un rango 2.3-4.5% en 1970 a 1.2-1.8% en el entorno de 2006.

Figura 1. La caída de la mortalidad a los 65, en países seleccionados.

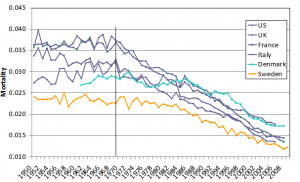
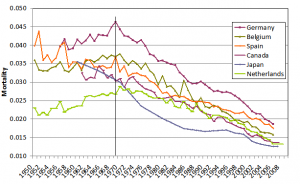
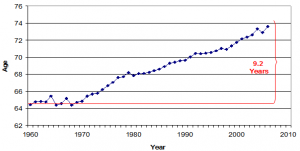
[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura11.png)

Figura 2. La caída de la mortalidad a los 65 en países seleccionados (II).

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura21.png)

2) Una forma alternativa y original de ver los datos se presenta en la figura 3, que muestra a qué edad un hombre estadounidense en el año Y tiene un nivel de mortalidad equivalente al de un individuo de 65 años de edad en 1960. Como se puede observar en 2006 el individuo de mortalidad equivalente tiene 9.2 años más (lo que implica que se le pagarán prestaciones casi 10 años más).

Figura 3. Edad de mortalidad equivalente. EEUU. 1960-2006.

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura3.png)

Para el caso de España, tal y como ilustran las figuras 4 y 5, las ganancias por el mismo concepto son parecidas. En 2006, la mujer de mortalidad equivalente a la de 65 (60) en 1960 tiene 74.8 (71.5) años de edad, es decir, 9.9 (10.5) años más. Alternativamente, el hombre de mortalidad equivalente a la de 65 (60) en 1960 tiene 72.7 (68.6) años de edad, es decir 7.7 (8.6) años más. Nótese, el diferencial entre hombres y mujeres ha seguido, aparentemente, aumentando en los últimos 45 años (aunque probablemente la tendencia en la década más reciente refleje una cierta compresión). En consecuencia mientras que los hombres reciben pensión un promedio de 8 años más, las mujeres reciben 10.

Figura 4. Edad de mortalidad equivalente. España. Mujeres. 1960-2006

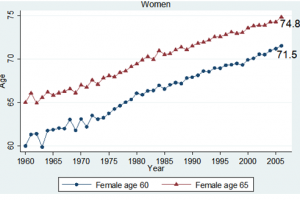
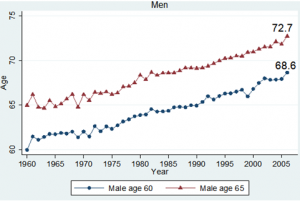
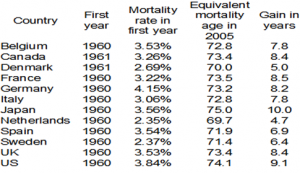
[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura4.png)

Figura 5. Edad de mortalidad equivalente. España. Hombres. 1960-2006

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura5.png)

Estas tendencias, tal y como ilustra la Tabla 1 para el caso de los hombres, no son exclusivas de EEUU y España. Al contrario, se observan en la mayoría de países avanzados, siendo las ganancias mayores para los japoneses y americanos y relativamente menores en los países nórdicos, esto último debido a que su nivel de mortalidad ya era relativamente bajo en 1960 (nota: la cifra para España es en este caso algo menor que en el gráfico anterior a causa de la diferente metodología de cálculo).

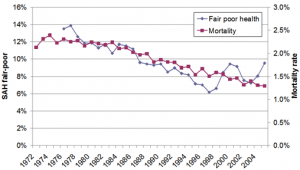
Tabla 1. Ganancias en mortalidad equivalente de 1960 a 2005.

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura6.png)

Mortalidad y estado de Salud

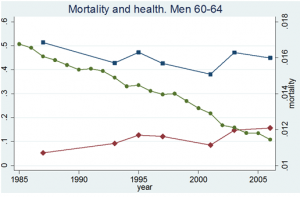
3) Sería razonable esperar que la caída de la mortalidad especialmente en edades avanzadas fuera acompañada de una notoria mejoría de la salud declarada. Así ocurre en la mayoría de países estudiados. Como botón de muestra mostramos esta vez el caso de Suecia (similar al caso americano), donde la caída de la fracción con estado de salud aceptable o malo (y por tanto la subida de aquellos con buena salud) va en paralelo con la caída de la mortalidad.

Figura 6. Mortalidad vs estado de salud aceptable o malo. Hombres. Suecia.

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura61.png)

Sin embargo, en el caso español (también para UK) encontramos que la caída de la mortalidad no va acompañada con una caída de la fracción con salud “menos que buena”

Figura 7. Mortalidad vs fracción con estado de salud “menos que bueno”. España. Hombres de 60 a 64.

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figura7.png)

En [García-Gómez et al](http://www.fedea.es/pub/Papers/2010/dt2010-24.pdf) (2010) no encontramos ningún aumento de “achaques” (enfermedades) que ayude a explicar esta diferencia en el nivel y la persistencia de la declaración del estado de salud. ¿Quizás sea porque cuando se nos pregunta a los españoles por el estado de salud tenemos una cierta tendencia a sobrevalorar nuestros “achaques”? Sin duda, una buena pregunta sin, de momento, una respuesta adecuada.

Como ya he comentado, dejamos para una segunda entrada la relación entre mortalidad y participación en edades avanzadas, aunque el lector interesado puede avanzarse y consultar la evidencia para España (aunque sin el detalle que presentaré en el próximo post).

Bill Gross (el mayor gestor de bonos del mundo) opta: ‘deuda’, por sanidad y pensiones

*El co-fundador de Pimco, la gestora de bonos privada más grande del mundo, Bill Gross ha vuelto a dictar sentencia. Si desde hace tiempo ya avisaba sobre el peligro de los bonos del Tesoro norteamericanos, llegando incluso a desechar por completo estas inversiones de su cartera, ahora advierte sobre el posible impago de deuda de EEUU”…* Bill Gross: “Si EEUU no reforma la sanidad y las pensiones, no costeará su deuda” (El Economista - **31/3/11**)

“Tápense sus narices, porque todavía no han olido lo peor” advirtió Gross en su último informe donde compara a los miembros del Congreso con la mofeta Pepé Le Pew al afirmar que cada “dos a seis años, los legisladores se maquillan y pretenden abordar un cambio para corregir lo nunca corregido y conseguir una disciplina fiscal”. Sin embargo, para Gross el problema es claro: las obligaciones relacionadas con programas sanitarios como el Medicare y el Medicaid, así como la Seguridad Social, suponen el 75 por ciento del presupuesto fiscal de EEUU. “Si no atacamos estos programas oleremos 1 billón de dólares en déficit presupuestario hasta donde nuestras narices puedan oler”, afirmó.

Gross se hace eco en su informe del informe realizado por Mary Meeker y respaldado por figuras como Paul Volcker o Michael Bloomberg que analizan las cuentas de EEUU como si fuera una empresa. El documento, bautizado bajo el título “EEUU Inc.” pone de manifiesto que si el país fuera considerado una compañía, una vez que nuestros “activos” se contabilizaran correctamente, contaría con un patrimonio neto negativo de entre 35 y 40 billones de dólares. Al respecto, Gross aseguró que en dichas condiciones, ningún prestamista estaría prestando dinero a una empresa.

Finalmente, el co-fundador de Pimco afirma que EEUU podría acabar por no poder costear sus obligaciones de deuda, de alguna u otra forma. Gross plantea varios escenarios como, por ejemplo, un impago “engañoso” a través de una caída del dólar, como lo que “está teniendo lugar justo enfrente de nuestras narices” en estos momentos, asegura.

Otra forma de presunto impago que plantea Gross es de forma “sigilosa” a través de tipos de interés y un rendimiento de los bonos del Tesoro “muy por debajo de los niveles históricos” De esta forma, el gobierno paga a los ahorradores estadounidenses menos rendimientos por sus inversiones en deuda del Tesoro con “la esperanza de que estos no se quejarán”, añadió.

Los americanos a lo suyo: la pobreza y la salud “no” son “problemas sociales”

- Libres para morir (El País - **18/9/11**) Lectura recomendada

(Por Paul Krugman)

Allá por 1980, justo cuando Estados Unidos realizaba su giro político hacia la derecha, Milton Friedman prestaba su voz al cambio con la famosa serie de televisión Libres para elegir. En un episodio tras otro, el genial economista identificaba la economía del laissez-faire con la elección personal y la asunción de poder, una visión optimista de la que se haría eco y que amplificaría Ronald Reagan.

Me refiero, como supondrán, a lo que ha pasado durante el debate presidencial del Partido Republicano del lunes. Wolf Blitzer, de la CNN, le preguntó al representante Ron Paul por lo que deberíamos hacer si un hombre de 30 años que hubiese decidido no contratar un seguro sanitario de repente se encontrase en la necesidad de pasar seis meses en cuidados intensivos. Paul contestó: “En eso consiste la libertad, en asumir nuestros propios riesgos”. Blitzer volvió a insistirle y preguntó si “la sociedad debía limitarse a dejarle morir”. Y la multitud estalló en vítores y gritos de “¡sí!”.

El incidente subrayaba algo que no creo que la mayoría de los analistas políticos hayan asimilado plenamente: en este momento, la política estadounidense es básicamente una cuestión de opiniones morales diferentes.

Ahora bien, hay dos cosas que deberían saber sobre el intercambio entre Blitzer y Paul. La primera es que, después de que la multitud interviniese, Paul esencialmente intentó eludir la pregunta, afirmando que los médicos afectuosos y los individuos caritativos siempre se asegurarían de que las personas recibiesen la asistencia que necesitasen; o, al menos, lo harían si no los hubiese corrompido el Estado del bienestar. Lo siento, pero eso son fantasías. Las personas que no pueden permitirse la asistencia sanitaria básica por lo general no la consiguen -y siempre ha sido así- y a veces mueren como consecuencia de ello.

La segunda es que muy pocos de los que mueren por falta de asistencia sanitaria se parecen al individuo hipotético de Blitzer, que podía contratar un seguro y debería haberlo hecho. En realidad, la mayoría de los estadounidenses no asegurados tienen pocos ingresos y no pueden permitirse un seguro, o bien son rechazados por las aseguradoras porque padecen enfermedades crónicas.

Entonces, ¿estaría la gente de la derecha dispuesta a dejar morir por falta de asistencia a aquellos que no están asegurados aunque no sea culpa suya? La respuesta, si nos basamos en la historia reciente, es un sonoro “¡sí!”.

Piensen, en particular, en los niños. Al día siguiente del debate, la Oficina del Censo publicaba sus últimos cálculos sobre ingresos, pobreza y seguros sanitarios. El panorama general era terrible: la debilidad económica sigue haciendo estragos en las vidas de los estadounidenses. Un dato relativamente esperanzador, no obstante, era la asistencia sanitaria a los niños: el porcentaje de niños sin cobertura sanitaria era más bajo en 2010 que antes de la recesión, gracias en gran parte a la ampliación en 2009 del Programa Estatal de Seguros Sanitarios Infantiles, o S-CHIP, por sus siglas en inglés.

Y la razón por la que el S-CHIP se amplió en 2009 pero no antes fue, por supuesto, que el expresidente George W. Bush bloqueó los intentos anteriores de incluir a más niños (con los vítores de muchos derechistas). ¿He mencionado que uno de cada seis niños de Texas carece de seguro sanitario, la segunda tasa más alta del país?

Así que la libertad para morir se extiende, en la práctica, a los niños y a los desafortunados, así como a los poco previsores. Y el hecho de que la derecha apruebe esa idea indica un cambio importante en la naturaleza de la política estadounidense.

En el pasado, los conservadores aceptaban la necesidad de que el Gobierno proporcionase una red de seguridad por motivos humanitarios. No lo digo yo, lo decía Friedrich Hayek, el héroe intelectual conservador que manifestaba expresamente en Camino de servidumbre su apoyo a “un sistema general de seguridad social” para proteger a los ciudadanos ante “los peligros habituales de la vida”, y destacaba la salud en particular.

Dada la reconocida conveniencia de proteger a los ciudadanos contra lo peor, el asunto se convertía entonces en un problema de costes y beneficios; y la asistencia sanitaria era uno de esos ámbitos en los que hasta los conservadores solían estar dispuestos a aceptar la intervención gubernamental en nombre de la compasión, dada la prueba clara de que cubrir a los no asegurados no costaría, de hecho, demasiado dinero. Como han señalado muchos observadores, el plan de asistencia sanitaria de Obama estaba en gran parte basado en antiguos planes republicanos y es prácticamente idéntico a la reforma sanitaria de Mitt Romney en Massachusetts.

Ahora, sin embargo, la compasión no está de moda; de hecho, la falta de compasión se ha convertido en una cuestión de principios, al menos entre las bases del Partido Republicano.

Y lo que esto significa es que el conservadurismo moderno es realmente un movimiento profundamente radical, hostil a la clase de sociedad que hemos tenido durante las tres últimas generaciones, es decir, una sociedad que, actuando a través del Gobierno, trata de mitigar algunos de los “peligros habituales de la vida” mediante programas como la Seguridad Social, el seguro por desempleo, Medicare y Medicaid.

¿Están los votantes dispuestos a asumir ese rechazo radical hacia la clase de nación en la que todos hemos crecido? Supongo que lo averiguaremos el año que viene.

(Paul Krugman es profesor de economía en Princeton y premio Nobel 2008 © New York Times Service 2011)

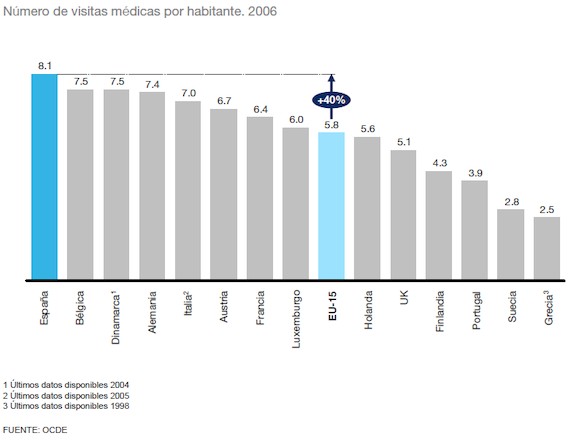
Un tema de debate en el sistema de salud europeo: el “copago” sanitario

*“Las fórmulas de cofinanciación de los cuidados médicos y los medicamentos se imponen en los países europeos”...* El copago sanitario es mayoritario en los grandes países de la UE (Libertad Digital - **24/11/11**)

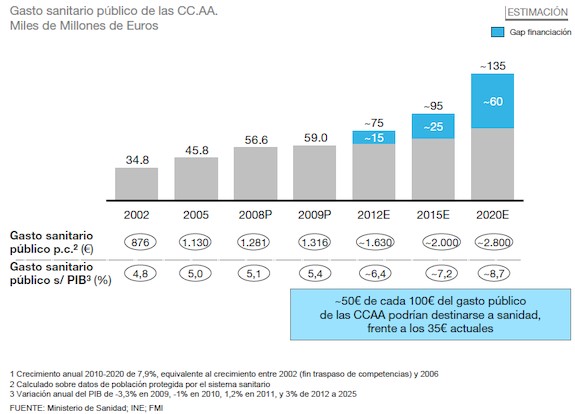
La sanidad pública tiene un problema de origen de índole económica: es un sistema gratuito que permite al usuario disponer de toda la cantidad de servicios que desee sin sobrecoste. Esto quiere decir que cualquiera puede ir a un médico, a urgencias o a cualquier otro servicio las veces que crea conveniente. Nadie le obligará a pagar nada por ello. Evidentemente, la mayoría de la población no acude por diversión al médico. Pero los incentivos sí incitan a sobreutilizar los servicios.

El profesor David Cantarero, doctor en Economía y experto en Economía Pública y de la Salud de la Universidad de Cantabria, admite que la situación es preocupante: “La saturación sigue siendo alta en el sistema y es complicado hacer más con menos recursos. La solvencia financiera está en entredicho: el desequilibrio acumulado es de 15.000 millones de euros y podría seguir aumentando en los próximos años. En atención primaria, los pacientes son asignados a un promedio de tiempo de menos de siete minutos por visita”.

Una de las razones está en que los españoles están entre los europeos que “más veces acuden al médico al año, 8 veces de media. Estamos por encima del promedio europeo y lo mismo sucede con el gasto farmacéutico por cápita”. De hecho, en el tema de los medicamentos, “un 75% de las recetas se concentran un 20% de la población que está exenta de pago (los pensionistas) y su consumo ha pasado a unas 55 recetas por año frente a las siete de un trabajador”.



Lo cierto es que el gasto sanitario se ha disparado en la última década. Desde 2002 a 2009, el total ha pasado de 34.800 millones de euros a los 59.000 millones (de 876 a 1.316 euros per cápita). Por ejemplo, según explica Pablo Vázquez, de Fedea, en este artículo, “el presupuesto del Servicio Madrileño de Salud en 2010 será equivalente al presupuesto que tenía todo el Insalud en 2001; es decir, con lo que hoy nos gastamos en atender 1 Comunidad Autónoma, 30 hospitales y 140 centros de salud (que es lo que hoy tiene Madrid) en 2001 atendíamos 10 CCAA, 82 hospitales y 1800 centros de salud”.



El copago en Europa

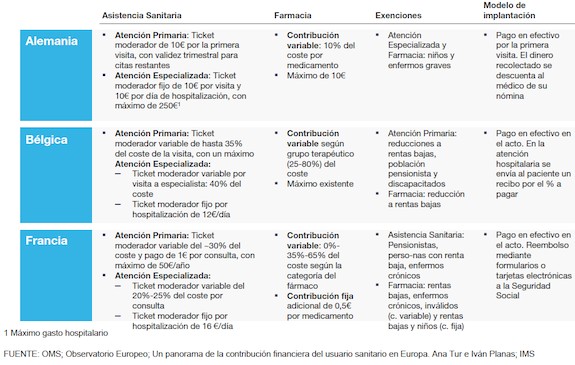
La financiación de la sanidad está en cuestión en toda Europa. Los avances tecnológicos son una muy buena noticia para la humanidad, pero desde el punto de vista económico suponen un elemento de presión sobre los sistemas sanitarios occidentales. Por un lado, los pacientes viven cada vez más; por otro, los tratamientos son cada vez más caros.

El copago tiene una larga tradición en muchos países del Viejo Continente, pero en los últimos años ha cobrado actualidad. Hacer que los usuarios paguen una pequeña parte del coste de su tratamiento o su medicamento es una forma de desincentivar el uso excesivo de los servicios sanitarios.

Los sistemas varían mucho en función de cada país. Unos aplican un ticket moderador a todas las visitas, otros sólo en atención especializada o en urgencias, el copago en algunos casos supone un porcentaje del coste total y normalmente hay elementos correctores en función de la renta o de la duración de la enfermedad. De esta manera, la factura suele subir cuando se visita a un especialista o a urgencias y niños, ancianos o enfermos crónicos están exentos en muchos casos de cualquier tipo de copago.

En Francia, por ejemplo, existe un ticket que se sitúa en el entorno del 30% del coste del tratamiento primario, que se une a un pago de un euro por consulta, con un máximo de 50 por año. Además, en la atención especializada se paga hasta el 25% del coste de la consulta y se pagan 16 euros por día de hospitalización. Además, existe una contribución variable de entre el 35 y el 65% del coste de cada medicamento y una fija de un euro por receta.

En el siguiente cuadro, extraído del estudio Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario, de McKinsey y Fedea, se muestran las características más destacadas de los copagos en Europa. Muy posiblemente, pese a las reiteradas negativas de todos los políticos, formatos parecidos acaben implantándose en España en los próximos años.



Copago sanitario: un repaso a las medidas que se han implementado en otros países

Mientras el debate sobre el copago sanitario continúa abierto en España, otros países ya han introducido fórmulas al respecto. *Euribor.com.es* recoge cómo está la situación en otros países de nuestro entorno:

**\*Alemania**: 10 euros por día de hospitalización (hasta un máximo). Al comprar medicamentos, la aportaciones del 10% del precio, con un mínimo de 5 euros y un máximo de 10. Para ir al médico o al especialista, realizan un pago único trimestral de 10 euros.

**\* Italia:** 10 euros por consulta y 25 por urgencias leves

**\* Francia**: 14 euros por día de hospitalización. También deben abonar un euro por cada prueba o visita al especialista y 50 céntimos por las medicinas

\* **Portugal**: 2,2 euros por consulta; entre 3 y 4,5 euros por cada visita al hospital; entre 3,7 y 9,4 euros por cada asistencia en urgencias; 5,2 euros por ingresos hospitalarios

\* **Reino Unido**: 9,19 libras por medicamento prescrito

\* **Austria**: 8 euros por día de hospitalización (hasta un máximo)

\* **Luxemburgo**: 11,4 euros por día de hospitalización (hasta un máximo)

\* **Suecia**: 8,9 euros por día de hospitalización (hasta un máximo)

\* **Irlanda** 55 euros por día de hospitalización (hasta un máximo)

\* **Finlandia**: 26 euros por día de hospitalización (hasta un máximo)

\* **Holanda**: porcentaje del salario del paciente (hasta un máximo)

\* **Suiza**: 10% del coste de hospitalización más 6,8 euros por día de hospitalización

Técnicas inútiles de rehabilitación y otros derroches sanitarios (tomando nota)

*“Si lo que sucede en Canarias es un síntoma, el sistema nacional de salud está gravemente enfermo. Y, lo que es peor, es un manirroto. Un estudio hecho solamente con el gasto en técnicas de rehabilitación para dolores de cuello, espalda y hombro arroja que entre 2007 y 2010 se derrocharon “por lo menos” tres millones de euros en tratamientos inútiles cuando no directamente perjudiciales”...* El derroche en tratamientos inútiles sangra la sanidad pública (El País - **15/2/12**)

El trabajo, que ha sido financiado por entidades sin ánimo de lucro como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Instituto de Salud Carlos III, la Fundación Canaria de Investigación y Salud y la Fundación Kovacs (especializada en dolores de espalda), se ha centrado en Canarias, simplemente, porque tiene datos al respecto, han explicado el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, y el de la Fundación Kovacs, Francisco Kovacs.

El cálculo es “muy conservador”, ha dicho Kovacs, ya que se ha centrado en lo que se puede medir: lo gastado en centros privados concertados que dan rehabilitación, y esto supone un 70% de lo que dedicó la comunidad. Además, los criterios con los que se revisaron las técnicas fueron muy generosos, ya que se tomó la opinión más favorable de todas las publicadas.

Extrapolar estos datos de ineficiencia y de derroche es imposible, como recordó el presidente de la OMC. Solo en el caso de las mismas patologías, y teniendo en cuenta que las comunidades ofertan más o menos lo mismo, en el periodo estudiado el desembolso en técnicas inútiles superaría los 75 millones, calculó Kovacs. Para ello, tomó los tres millones del estudio y los multiplicó por 25, ya que aproximadamente uno de cada 25 españoles vive en Canarias.

Pero lo importante del trabajo, como se encargaron de insistir los dos ponentes, no es el dato en sí, sino lo que representa. Y más en tiempos de crisis y de recortes. Precisamente ayer los colegios de médicos de toda España suscribieron un manifiesto en el que se comprometían a denunciar los malos usos, y este trabajo puede ser la primera piedra en ese camino. Por eso Kovacs y Sendín coincidieron en que antes de hablar de recortes indiscriminados o, más allá, de implantar una tasa por receta –como va a hacer Cataluña- habría que reevaluar lo que se está haciendo, ya que eliminar terapias inútiles podría ser el primer paso, y no supondría ningún tipo de merma de prestaciones. La Organización Mundial de la Salud calcula que el 30% de ellas son, en el mundo, inoperantes.

A España no le faltan herramientas para ello. Aparte de la Agencia de Evaluación estatal, hay otras seis comunidades que tienen una, aparte de servicios en cada autonomía. Pero si en el caso de los nuevos fármacos se exigen ensayos -lo que no evita que el 50% de las reacciones adversas se detecten cuando ya están en el mercado, dijo Kovacs-, en las tecnologías esto no es así en muchos casos.

Y hay otro aspecto posterior: que las autoridades luego apliquen las recomendaciones de sus propios expertos. En el caso de este estudio, que ha sido publicado en BMC Musculoeskeletal Disorders, no hay constancia de que el Gobierno canario, que lo encargó, haya tomado medidas para dejar de financiar los tratamientos inútiles (Kovacs apuntó al cambio en el Ejecutivo de la comunidad como una posible causa).

“El sistema para quitar lo obsoleto de las prestaciones está obturado”, denuncia Juan José Artells, experto en consultoría sanitaria que ahora trabaja en Cic Co. “El cúmulo de agencias regionales no ha tenido ningún efecto en el saneamiento del catálogo de prestaciones”, añade. El ministerio quiere reforzar su papel, e intentará que las agencias trabajen en red, según una portavoz.

Mejorar la eficacia del sistema es también la clave de los datos que maneja la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Esta afirma que solo con evitar el uso de medicamentos innecesarios se podían ahorrar 1.300 millones al año. A ellos se añadirían 950 millones por una adecuada utilización de las tecnologías sanitarias. La disminución de la hospitalización innecesaria aportaría 5.750 millones, y reducir en un 10% las visitas a urgencias supondría otros 650 millones.

En la línea de un mejor uso de los recursos, disminuir los efectos adversos durante la hospitalización, como las infecciones, podría aportar otros 975 millones. Junto con la prescripción por principio activo, estas medidas podrían suponer un ahorro de más de 13.000 millones (un 22% del gasto sanitario público, según los datos del Ministerio de Sanidad).

A otro nivel, el reciente estudio del ministerio sobre la inutilidad de muchas terapias alternativas, empezando por la homeopatía, no ha llevado a que se limite su uso. Aunque, eso sí, en la mayoría de los casos estas se aplican en la sanidad privada, y no en la pública, con la excepción de algunos tratamientos de acupuntura para los que parece que hay algunas evidencias.

Una “guardería” gratis llamada “sala de espera” (hiperfrecuencia e hipermedicación)

*“La Sanidad española está muy lejos de seguir el principio médico de primum non nocere: lo primero es no hacer daño. Al contrario. Cuantos más medicamentos se prescriban y cuantas más pruebas, tratamientos e intervenciones se someta al paciente, mejor. Ésta parece ser la regla en el Sistema Nacional de Salud”...* Los españoles son líderes europeos en visitas al médico y segundos en número de recetas (El Economista - **20/2/12**)

Con 20,7 recetas por habitante y año, los españoles son los europeos más medicados del mundo, tras los franceses, y ocupan el segundo puesto europeo en volumen de fármacos consumidos de los ocho principales grupos terapéuticos de medicamentos. También son los que más veces visitan la consulta del médico de familia, con una media de 7,5 veces al año, muy por encima de la europea, según la OCDE.

Esta hiperfrecuentación también se aprecia en los Servicios de Urgencias hospitalarios, donde se ha producido en la última década un “incremento desmesurado”, según un estudio presentado por Pfizer, que indica un alza del 26,5% de visitas, frente al aumento poblacional de sólo el 14,1% y sin que se traduzca en un mayor número de ingresos hospitalarios.

Incluso los propios ciudadanos reconocen en el barómetro fiscal del Instituto de Estudios Fiscales que se hace un mal uso de la sanidad, por encima de cualquier otra prestación pública. El 43,5% opina que se abusa del sistema de prestaciones. Y es que una de cada tres visitas al médico de familia podría ser innecesaria, al igual que entre un 30 y un 80% de las visitas a Urgencias podrían serlo, según un estudio de Fedea.



Además de ser un pozo sin fondo, la medicina que se practica en España tiene también muchos efectos secundarios. La Comunidad Valenciana ha puesto en marcha un novedoso programa de alertas sanitarias para controlar los historiales de cerca de un millón de pacientes polimedicados, que reciben entre cuatro y siete tratamientos. En el piloto realizado en Elche para revisar los medicamentos usados para tratar la osteoporosis se ha detectado que el 80% de los tratamientos era inapropiado y se aconsejaba interrumpirlo. El potencial de ahorro de esta revisión automatizada de historiales es de 14 millones de euros sólo en este grupo de fármacos y para la Comunidad Valenciana, según explica a este diario el director general de Farmacia, José Clérigues.

Es sólo una muestra más del descontrol y despilfarro en la partida de gasto farmacéutico que absorbe el 30% de los presupuestos autonómicos en salud de 2012 y que en la Comunidad Valenciana alcanza el 36% de su cuenta en salud. Regiones como Madrid también han denunciado que cada año se tiran al sistema de recogida de envases (Sigre) fármacos por valor de 53 millones, la mitad sin abrir, según datos de la Subdirección de Productos Sanitarios madrileña.

## Tecnologías inútiles

Las ineficiencias no son patrimonio exclusivo del capítulo farmacéutico. Simplemente es la partida en que más se observan. El doctor Francisco M. Kovacs, presidente de la Fundación Kovacs, especializada en dolores de espalda, ha asegurado que cada año en España se realizan 970.000 resonancias magnéticas y “dos tercios se consideran inútiles y contraproducentes”.

No es el único caso detectado de mal uso de algunas tecnologías sanitarias o de inversiones en equipos o técnicas ineficaces. Canarias se gasta cada año 3 millones de euros en tecnologías de rehabilitación “demostradamente inútiles para el tratamiento del dolor de cuello y lumbar”, según el doctor Kovacs.

La Organización Médica Colegial y la Fundación Kovacs presentaron días atrás el primer estudio español que cuantifica en 70 millones de euros el gasto público en técnicas rehabilitadoras de dolencias de espalda, cuello y hombro que carecen de fundamento científico.

Los expertos abogan por desinvertir en sanidad. El profesor de la Universidad Pompeu Fabra Jaume Puig-Junoy pide “eliminar práctica médica, medicamentos o tecnologías para los que existe evidencia científica de que aportan poco o ningún beneficio a la salud”.

Propuestas extremas: que por privatizar no sea (algunos liberales no tienen límite)

- El copago es sólo un parche (Libertad Digital - **19/3/12**) Lectura recomendada

(Por Manuel Llamas)

La solución es privatizar al 100% la sanidad, la educación y las pensiones, y que el Estado asista a las rentas más desfavorecidas financiándoles, directamente, el coste de dichos servicios

El copago ya está aquí. La verdad es que era cuestión de tiempo. Rajoy aseveró durante la campaña electoral que su gobierno garantizaría el llamado Estado del Bienestar, pues éste era intocable para el Partido Popular. Sin embargo, la realidad de los hechos, como siempre, se ha acabado imponiendo. El Estado del Bienestar español es insostenible financieramente. Durante los últimos diez años, la provisión de servicios públicos creció de forma sustancial al calor de la burbuja crediticia, gracias a unos ingresos artificialmente inflados que los políticos creyeron permanentes e indefinidos. La crisis ha destapado el inmenso error cometido. Ahora no hay dinero suficiente para sufragar un sistema en el que parte del gasto estructural se sostenía sobre unos ingresos coyunturales que ya no existen y, además, no volverán. La reforma de los servicios públicos es, pues, inevitable y urgente. La cuestión es cómo afrontarla.

Los excesos cometidos en esta materia han sido de gran calado a todos los niveles de la administración. La Ley de Dependencia, el cheque-bebé, la renta básica de emancipación o la subida permanente de las pensiones no contributivas fueron algunos de los “derechos sociales” inventados por Zapatero en pleno auge económico; las comunidades autónomas, por su parte, acrecentaron, año tras año, el “gasto social” destinado a educación y sanidad: los ayuntamientos no se quedaron atrás y también reforzaron su amplio listado de servicios públicos. Y ello, sin contar la megalomanía que surgió por doquier, a base de infraestructuras faraónicas -AVE, aeropuertos, grandes autovías, tranvías, pabellones deportivos, ciudades de la cultura...- que o bien no son rentables, en el mejor de los casos, o han quedado desiertos. El boom económico fue una época de grandes excesos y despilfarros públicos, el sueño de todo político: gastar a manos llenas, sin importar en qué, para satisfacer a sus votantes y, aun así, registrar incluso superávit presupuestario.

Pero la época de las vacas gordas hace tiempo que terminó y, aunque algunos han tardado en darse cuenta, es hora de pagar la factura. De ahí, precisamente, que haya surgido el debate sobre implantar el copago en determinados servicios básicos. La atención en estos momentos se centra en la sanidad, y más concretamente en las recetas farmacéuticas, pero esto es sólo el comienzo. Y es que, muy posiblemente, se acabará extendiendo a las urgencias, las consultas médicas, determinadas intervenciones e, incluso, la hospitalización, tal y como sucede en otros países. La educación pública tampoco está exenta de una evolución similar mediante el aumento de tasas y precios públicos, al igual que la gestión de carreteras e infraestructuras (peajes). De hecho, las pensiones públicas están condenadas a experimentar otra reforma, consistente en elevar de nuevo la edad de jubilación y reducir las prestaciones futuras.

Y es que el Gobierno se verá abocado a buscar nuevas vías para sostener el Estado del Bienestar. Para ello, algunos (como PSOE o IU) apuestan por subir aún más los impuestos mientras que otros (PP) combinarán subidas fiscales con fórmulas de copago para “racionalizar” el gasto público, desincentivando el uso excesivo de ciertos servicios. El problema es que ambos están equivocados, ya que tales medidas tan sólo son parches temporales para contener la hemorragia.

Así, por ejemplo, no es la primera vez que sanidad y pensiones sufren ajustes de similar naturaleza: no hace mucho, la sanidad pública se financiaba con las cotizaciones sociales (Seguridad Social), pero desde 1999 se paga vía presupuestos (impuestos); en el caso de las pensiones, su cálculo ha variado en múltiples ocasiones, siempre en detrimento del beneficiario. Hoy, tras la última reforma, el importe se estima sobre los últimos 25 años cotizados y la edad de jubilación asciende a los 67 años, pero desde hace tiempo se trabaja en extender el período de cálculo a toda la vida laboral al tiempo que se eleva la edad legal a los 70.

Es decir, el Estado del Bienestar ha estado sometido a continuos cambios y modificaciones, puesto que su insostenibilidad es, simplemente, estructural. El problema clave, sin embargo, estriba en ámbitos muy distintos. Y es que la pregunta no consiste en cómo mantener el actual sistema sino en cómo sustituirlo por uno más eficiente y ventajoso para todo el mundo. El Estado del Bienestar es una fórmula de expropiación similar al comunista, sólo que mucho más limitada y de perfil más bajo. No en vano consiste, por definición, en que el Gobierno se encargue de la provisión de determinados servicios, calificados como “públicos” o “básicos”, que, sin embargo, ya son ofertados por la iniciativa privada de una forma mucho más eficiente.

El Estado expropia de forma coactiva una parte muy sustancial de la renta del contribuyente para sufragar tales gastos y, si bien no impide la competencia de las empresas privadas, en el fondo ejerce un monopolio de facto tanto en el ámbito de la demanda como en el de la oferta: el contribuyente paga aunque no use el servicio y tanto la sanidad como la educación pública copan de una u otra forma el mercado existente, dejando escaso margen al resto de oferentes.

El auténtico cambio radica, pues, en eliminar el actual sistema público, permitiendo la libre competencia entre agentes y un mercado totalmente libre en el campo de la sanidad, la educación y las pensiones. Si el consenso político y social radica en que el Estado debe ejercer una función asistencial, el hecho de que provea en régimen de monopolio estos servicios no es sólo contradictorio sino enormemente contraproducente. Así pues, la solución es otra: privatizar al 100% la sanidad, la educación y las pensiones, entre otras prestaciones, y que el Estado asista a las rentas más desfavorecidas financiándoles, directamente, el coste de dichos servicios mediante cheques u otras fórmulas análogas. Dicho de otro modo, que el Estado se dedique, simplemente, a asistir no a producir los actuales servicios públicos y que el individuo, con su dinero, pueda decidir libremente qué oferta escoger. Tan sólo con este cambio España se situaría a la cabeza de los países desarrollados en “bienestar social”, dejando así atrás el actual Bienestar del Estado, que tanto favorece a los políticos y tan poco al contribuyente.

Una opinión sobre la Ley de Asistencia Asequible (Obamacare)

- No seguir a Estados Unidos en cuanto a atención de salud (Project Syndicate - **28/3/12**)

(Por Prabhat Jha, Dean T. Jamison) Lectura recomendada

Toronto.- En momentos que la Corte Suprema de Estados Unidos se encuentra a punto de abordar la Ley de Asistencia Asequible (la histórica reforma de salud ridiculizada por sus opositores como “Obamacare”), **vale la pena señalar que el número de estadounidenses sin seguro de salud alcanzó un máximo histórico en 2010, su año de promulgación. Alrededor de 50 millones de residentes de Estados Unidos (uno de cada seis) pagan de su bolsillo los gastos médicos en que incurren.**

La recesión de 2008 no es la única razón para esta escalofriante cifra; también hay que culpar a políticas y decisiones políticas de larga data. A nivel mundial, pero especialmente para las economías de rápido crecimiento, la lección es simple: evitar el modelo de salud privada de Estados Unidos.

EE.UU. es uno de los pocos países de ingresos altos que no financia la asistencia sanitaria mediante un sistema financiado con fondos públicos de prepago. En promedio, los países más ricos gastan aproximadamente el 11% de su PIB en salud, con una financiación pública de más del 80%; sólo el 14% de los gastos tienen lugar sobre una base de pago por servicio. Las finanzas públicas (o, en algunos casos, fondos de seguros cooperativos regulados por el gobierno que equivalen a financiación pública) cubren la mayoría de los servicios médicos discrecionales; los seguros privados complementan solo servicios adicionales mínimos.

La mayoría de los países ricos opta por financiar su atención de la salud de manera pública por varias razones. En primer lugar, la atención de salud de libre mercado suele ser injusta e ineficiente. Las necesidades individuales varían considerablemente, y las empresas privadas suelen ser reacias a asegurar a las personas que más lo necesitan (como quienes ya están enfermos o sufren de dolencias como la diabetes, que les predisponen a otros problemas de salud). Más aún, es improbable que quienes adquieren la atención -las aseguradoras y los pacientes- tengan la información necesaria para elegir los tratamientos más seguros y eficaces.

Al mismo tiempo, el gasto público actúa como un freno sobre el gasto general, y evita la rápida escalada de costes a la que contribuyen las empresas de seguros privadas de Estados Unidos. El país gasta el 1% de su PIB cada año, simplemente para administrar su complejo y difícil sistema de seguros. Sin una reforma del tipo que tiene ante sí la Corte Suprema de Justicia, el total de los gastos de salud de Estados Unidos aumentará de 16% del PIB hoy al 25% en 2025.

El impacto económico del sistema actual ya es grave. El último censo de EEUU mostró un marcado incremento en el número de estadounidenses que viven por debajo del umbral de pobreza, hecho estrechamente relacionado con la falta de seguro de salud, que a su vez refleja el exceso de confianza en la cobertura de seguro provista por los empleadores.

En las economías de los países emergentes, los gobiernos deberían tener en cuenta cinco consideraciones a la hora de diseñar los sistemas de salud. En primer lugar, las inversiones en salud proporcionan una importante red de seguridad contra las trampas de la pobreza, especialmente en tiempos de crisis económica. Por ejemplo, cada año, 37 millones de indios sin seguro caen por debajo del umbral de la pobreza debido a gastos catastróficos en salud (que por lo general se definen como costes superiores al 10% de los gastos totales de un hogar).

En segundo lugar, la financiación pública de la atención sanitaria permite a los pobres usar ese dinero para satisfacer otras necesidades. En países de bajos ingresos, la mitad de todos los gastos de atención de salud (alrededor del 2,5% del PIB) son privados (en comparación con el 2% en países de ingresos medios). Este gasto consume una gran proporción de los ingresos de los hogares más pobres, impide inversiones más productivas en el hogar, crea pocos puestos de trabajo, y con frecuencia permanece sin pagar impuestos, ya que a menudo se paga a los médicos y los hospitales “en negro”.

En tercer lugar, financiar la salud con fondos públicos podría aumentar el empleo en general. Las provincias de Canadá fueron integrando de a fases el seguro nacional de salud de 1961 a 1975. El empleo y los salarios aumentaron en las áreas donde se introdujo el programa, a pesar de que el promedio de horas de trabajo se mantuvo sin cambios. Por el contrario, las provincias con altos niveles de cobertura de seguro privado tenían menores tasas de empleo y un más lento crecimiento de los salarios. Más recientemente, Canadá venció a EEUU al competir por dónde se crearía una nueva planta de Toyota, en parte porque los costes de seguro privado de salud en EEUU suponían añadir varios miles de dólares al coste de fabricación de un coche allí.

En cuarto lugar, los sistemas de salud nacionales existentes en los países más ricos pueden servir como modelos para las economías de mercados emergentes que opten por adoptar sistemas similares. Es importante destacar que las finanzas públicas no tienen por qué significar solamente la provisión pública; los hospitales y clínicas privadas a veces pueden ofrecer servicios con mayor eficacia. Taiwán inició un sistema de pagador único en 1995, frenando significativamente los costes de salud y mejorando la calidad de vida de la población. El nuevo sistema de cobertura universal de México se puso en marcha primero en las zonas más pobres del país.

Por otra parte, China constituye un ejemplo aleccionador de las consecuencias de retirar el seguro de salud financiado públicamente. A principios de la década de 1980, las reformas de mercado dejaron alrededor de 100 millones de ciudadanos rurales sin seguro, casi de la mañana a la noche. Los costes privados se dispararon, las tasas de mortalidad infantil dejaron de disminuir, y se debilitó el sistema de vigilancia de enfermedades, lo cual puede haber contribuido a la epidemia de SARS de 2002-2003, que se cobró más de 900 vidas en todo el mundo y causó pérdidas económicas por un valor estimado de $60 mil millones de dólares. El gobierno chino ha reconocido que las reformas fueron un fracaso, y se ha comprometido a destinar varios miles de millones de dólares a asistencia sanitaria financiada con fondos públicos.

Por último, siguiendo el principio, “todo el mundo está cubierto, pero no todo está cubierto”, los gobiernos deben investigar qué servicios son más eficaces en función de los costes y cuáles no deben ser financiados con fondos públicos, debido a que son costosos e ineficaces. La lista de los servicios asegurados siempre puede elevarse en sintonía con las rentas y los ingresos del gobierno. En particular, el aumento de los impuestos del tabaco produce un beneficio doble: reducir el tabaquismo, la principal causa de muerte en adultos, y aumentar los ingresos.

China, India y Sudáfrica se han comprometido a adoptar un seguro nacional de salud. Cuál de estos países lo logre primero no sólo dependerá de sus ingresos, sino también de su voluntad política por superar intereses creados. También de la capacidad de las instituciones para diseñar una atención de salud racional, monitorear la entrega del servicio y valorar correctamente los nuevos tratamientos.

Los costes de salud en EEUU son exorbitantes, con escaso valor por el dinero. Solo cabe esperar que el “Obamacare”, junto con los modelos que están implementando los futuros competidores de EEUU, le inclinen a adoptar el sistema de atención universal y con financiamiento público que hace mucho debería haber instaurado.

Los antibióticos como problema de salud pública (la resistencia se dispara)

- La era post-antibióticos, a la vuelta de la esquina (El Confidencial - **1/4/12**)

(Por [Rubén Díaz Caviedes](http://www.elconfidencial.com/autores/Ruben-Diaz-Caviedes)) Lectura recomendada

La directora general de la OMS -Organización Mundial de la Salud- y premio Príncipe de Asturias de Cooperación, **Margaret Chan**, alertaba la semana pasada de **la creciente amenaza de las bacterias resistentes a los antibióticos**. Lo hacía durante la presentación de [*The Evolving Threat of Antimicrobial Resistance: Options for Action*](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503181_eng.pdf), una completa publicación con la que la OMS pretende arrojar luz sobre un fenómeno que **amenaza con convertirse silenciosamente en un problema de salud pública** **de primer orden**.

Margaret Chan no ha escatimado dramatismo a la hora de concienciar del problema. “**La era post-antibióticos implica acabar con la medicina moderna tal y como la conocemos**. Cosas tan comunes como una infección de garganta o el rasguño de la rodilla de un niño podrían volver a matar”.

Algunas de las enfermedades más comunes relacionadas con bacterias resistentes al antibiótico son la neumonía, la tuberculosis, la artritis infecciosa, la meningitis, la sepsis, la fascitis necrotizante o la bacteriemia. La lista crece cada día y en las próximas décadas podría ampliarse con un repertorio de infecciones más graves.

La resistencia a los antibióticos *se dispara*

Aunque los virus y ciertos parásitos son capaces de desarrollar resistencia a los antibióticos, **son las bacterias las que gozan de una mayor capacidad de adaptación**. Con una vida media de veinte minutos, las sucesivas generaciones de bacterias se suceden a una velocidad de vértigo, por lo que **las mutaciones propias de la selección natural operan en ellas con gran rapidez**. Además, estos microorganismos tienen la habilidad de transmitirse genes entre sí mediante la llamada [transferencia horizontal](http://es.wikipedia.org/wiki/Transferencia_horizontal_de_genes); **cuando una bacteria porta los genes de resistencia, puede *pasarse* esta información genética a otra** y hacerla, como ella, inmune.

Aunque los antimicrobianos nos parezcan hoy una parte fundamental de la disciplina médica, lo cierto es que **su uso generalizado no alcanza siquiera el siglo**.

El primer antibiótico producido en masa sería la penicilina, cuyo uso médico se sistematizó a partir de 1943. **Sólo cuatro años después, en 1947, se descubrieron las primeras cepas de bacterias *staphylococcus aureus* resistentes** a la penicilina y quince años más tarde el microorganismo ya resistía el uso de la meticilina. Hoy [la mitad de infecciones de este estafilococo](http://www.southernnevadahealthdistrict.org/health-topics/sp-ca-mrsa.php)en Estados Unidos son inmunes también a la tetraciclina y la eritromicina.

La resistencia al antibiótico es una estrategia adaptativa. Es inevitable que las bacterias la desarrollen, pero dos factores, según los expertos, están *disparando* la velocidad con que lo hacen. El primero es **el abuso del antibiótico**. Al tomarlos en exceso de cantidad -sin sufrir infección o para la infección incorrecta- o calidad -tomar antibióticos de amplio espectro, práctica recurrente en la automedicación-, contribuimos a que las bacterias se conviertan en resistentes de forma más rápida. También lo hacemos si no completamos la toma prescrita o si recurrimos a antibióticos de baja calidad.

El otro factor -y para muchos, el más importante- es **la administración sistemática de antibióticos a animales sanos**. De poco sirve el consumo responsable en personas cuando más de la mitad de [los antibióticos que producen los países](http://www.bmj.com/content/331/7527/1219.full) se destina, de hecho, al consumo animal en piensos y compuestos alimenticios. Muchas bacterias se propagan con facilidad entre animales humanos y **el hecho de que se conviertan en resistentes al antibiótico no sólo las hace más peligrosas: también propicia el salto zoológico**.

Son cada día más las instituciones médicas que [piden acabar con esta práctica](http://www.tufts.edu/med/apua/policy/apua_action_8_446001516.pdf), especialmente desde que [la documentación de cepas del *staphylococcus aureus* en caballos, gatos y perros](http://thebellamossfoundation.com/bmf/images/cpd_downloads/cpd11.pdf) -que se creen derivadas de la humana- hiciera [saltar las alarmas](http://www.sciencedaily.com/releases/2008/02/080220231456.htm). La propia Chan aseguraba en Copenhague que “el hecho de que **se esté administrando mucha más cantidad de antibióticos a animales sanos que a seres humanos enfermos** es digno de preocupación”.

Un problema de salud pública

Chan también alerta del peligro de poner todas nuestras esperanzas en alternativas que, como la [terapia fágica](http://es.wikipedia.org/wiki/Bacteri%C3%B3fago#Terapia_f.C3.A1gica), podrían sustituir al antibiótico en determinados supuestos: “Los tratamientos alternativos son más costosos, más tóxicos, requieren una administración mucho más larga y en ocasiones, el internamiento en unidades de cuidados intensivos (…) Algunas intervenciones complejas, como el reemplazo de la cadera, el trasplante de órganos, la quimioterapia para el cáncer o el cuidado de niños prematuros **serán más complicadas e incluso más peligrosas de acometer**”.

Para la directora de la OMS, la estrategia pasa por la racionalización del uso de antibióticos y la desaparición del producto de la dieta industrial para animales: **“¿Por qué invertir cantidades de dinero considerables en el desarrollo de nuevos antimicrobianos si el uso irracional acelerara su inefectividad antes de que se pueda recuperar la inversión?”**, se planteó. La pregunta de Chan bien podría ir dirigida a las industrias farmacéuticas y del alimento para animales, que tradicionalmente han eludido tanta recomendación haya emitido la OMS al respecto.

Junto con **la concienciación de los profesionales de la medicina, la regulación institucional y la actuación responsable de las industrias**, Chan destaca que la iniciativa individual es fundamental para atajar el problema. Prevenir la infección mediante la higiene y recurrir exclusivamente al tratamiento de antibióticos prescrito por un médico son costumbres que ayudarán a que nuestros hijos y nietos disfruten de medicamentos tan eficaces como los antibióticos de hoy en día.

Krugman avisa: está en peligro la cobertura sanitaria de 30 millones de estadounidenses

- Brécol y mala fe (El País - **1/4/12**) Lectura recomendada

(Por Paul Krugman)

Nadie sabe lo que decidirá el Tribunal Supremo de Estados Unidos en relación con la ley de reforma sanitaria de Barak Obama. Pero tras las vistas de esta semana parece bastante posible que el tribunal revoque el llamado mandato -la obligatoriedad de que los individuos contraten un seguro sanitario-, y puede que la ley en su totalidad. La supresión del mandato haría la ley mucho menos factible, mientras que revocarla por entero equivaldría a negar la cobertura sanitaria a 30 millones de estadounidenses o más.

Dado lo que está en juego, uno podría haber esperado que todos los miembros del tribunal tuviesen mucho cuidado al hablar tanto de la realidad de la asistencia sanitaria como de los antecedentes legales. Sin embargo, el hecho es que el segundo día de vistas indicó que los jueces más hostiles a la ley no comprenden, o prefieren no comprender, cómo funcionan los seguros. Y el tercer día fue, en cierto sentido, todavía peor, ya que los jueces contrarios a la reforma parecían aceptar cualquier argumento, por endeble que fuese, que pudiesen utilizar para acabar con la reforma.

Empecemos con la ya famosa intervención en la que el juez Antonin Scalia comparaba la contratación de un seguro sanitario con la compra de brécol, dando a entender que si el Gobierno puede obligarnos a hacer lo primero, también puede obligarnos a hacer lo segundo. Esa comparación horrorizó a los expertos en asistencia sanitaria de todo Estados Unidos, porque los seguros sanitarios no se parecen en nada al brécol.

¿Por qué? Cuando la gente decide no comprar brécol, no hace que el brécol deje de estar al alcance de aquellos que lo quieren. Pero cuando la gente no contrata un seguro sanitario hasta que enferma -que es lo que pasa cuando no existe un mandato-, el consiguiente empeoramiento del fondo contra riesgos hace que los seguros sean más caros, y a menudo inasequibles, para el resto de la gente. Como consecuencia, los seguros sanitarios no regulados básicamente no funcionan, y nunca lo han hecho.

Hay al menos dos formas de hacer frente a esta realidad (que, por cierto, es en gran medida un proceso que entraña comercio interestatal y, por tanto, es un problema que atañe a las autoridades federales). Una es gravar a todo el mundo -sanos y enfermos por igual- y utilizar el dinero recaudado para proporcionar cobertura sanitaria. Eso es lo que hacen Medicare y Medicaid. La otra es exigir que todo el mundo contrate un seguro, a la vez que se ayuda a aquellos para los que esto supone una dificultad económica.

¿Son estos planteamientos diferentes en el fondo? ¿Exigir que los ciudadanos paguen un impuesto que financie la cobertura sanitaria está bien, pero exigir que contraten un seguro sanitario es inconstitucional? Resulta difícil ver la razón (y no somos solo los que no tenemos formación en temas legales los que consideramos extraña esa distinción). Esto es lo que decía Charles Fried -que fue subsecretario de Justicia de Ronald Reagan- en una entrevista reciente con The Washington Post: “Nunca he entendido por qué establecer una norma que obligue a las personas a comprar algo es por alguna razón más doloroso que establecer una norma que les obligue a pagar impuestos para luego dárselo”.

De hecho, a los conservadores solía gustarles la idea de las compras obligatorias como una alternativa a los impuestos, que es la razón por la que la idea del mandato fue inicialmente propuesta no por los liberales, sino por la ultraconservadora Fundación Heritage. (Por cierto, otro proyecto predilecto de los conservadores -las cuentas privadas como sustitutas de la Seguridad Social- depende de, sí, las contribuciones obligatorias de los individuos).

De modo que ¿ha habido aquí un cambio real en el pensamiento legal? Fried opina que no es más que política (y otros debates durante las vistas respaldan fuertemente esa percepción).

En concreto, me llamó la atención la discusión sobre si exigir que los Gobiernos estatales participen en la ampliación de Medicaid -una ampliación, por cierto, por la que solo pagarían una pequeña parte del coste total- constituía una coacción inaceptable. Uno habría pensado que esta afirmación era manifiestamente absurda. Después de todo, los Estados son libres de descolgarse de Medicaid si así lo deciden; el poder de coacción de Medicaid proviene solo del hecho de que el Gobierno federal ofrece subvenciones a los Estados que están dispuestos a seguir las directrices del programa. Si ustedes se ofrecen a darme un montón de dinero, pero solo si llevo a cabo ciertas tareas, ¿es servidumbre?

Sin embargo, varios de los jueces conservadores parecían defender la premisa de que la ampliación de un programa con financiación federal en el que los Estados deciden participar porque reciben ayuda federal representa un abuso de poder, simplemente porque los Estados se han vuelto dependientes de esa ayuda. A la juez Sonia Sotomayor le dejó atónita esta afirmación: “Vamos a decirle al Gobierno federal que, cuanto mayor es el problema, menor es su poder. Porque una vez que entrega todo ese dinero, no puede estructurar el programa como le venga en gana”. Y la juez tenía razón: es una afirmación que no tiene ningún sentido (a menos que el objetivo sea destruir la reforma sanitaria usando cualquier argumento al alcance de la mano).

Como he dicho, no sabemos cómo evolucionará esto. Pero es difícil no tener una sensación de aprensión y preocuparse por el hecho de que la ya gravemente dañada fe del país en la capacidad del Tribunal Supremo para estar por encima de la política esté a punto de sufrir otro duro golpe.

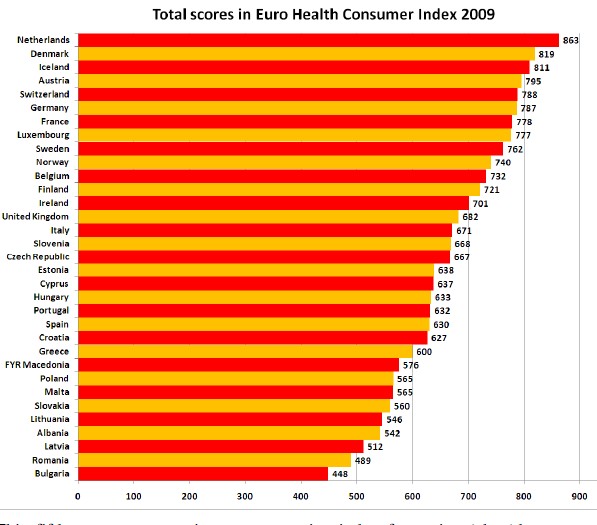
(Paul Krugman es profesor de Economía de Princeton y premio Nobel 2008)

Health Consumer Index 2009 (radiografía de la sanidad europea)

*“El sistema sanitario público español está clasificado en el puesto 22 de entre los 32 países europeos incluidos en el Health Consumer Index 2009, el principal indicador independiente acerca de la sanidad de entre los que se publican en Europa. Por detrás, sólo aparecen países del este y el sur de Europa (Malta, Grecia, Macedonia,...). Por delante, España ve en la lejanía a los líderes (Holanda y Dinamarca), e incluso se tiene que conformar con una calificación peor que estados más pobres, como Portugal, Chipre o Hungría”...* La sanidad española saca peor nota que la portuguesa o la chipriota (Libertad Digital - **11/4/12**)

Este informe, realizado en Bruselas por Health Consumer Powerhouse, el principal think-tank (laboratorio de ideas) europeo de la materia, analiza todas las variables que influyen en la calidad de la oferta sanitaria. De esta manera, se estudian los derechos de información de los pacientes, la integración en las nuevas tecnologías, las listas de espera, el éxito de determinados tratamientos, la amplitud del sistema y los servicios farmacéuticos.

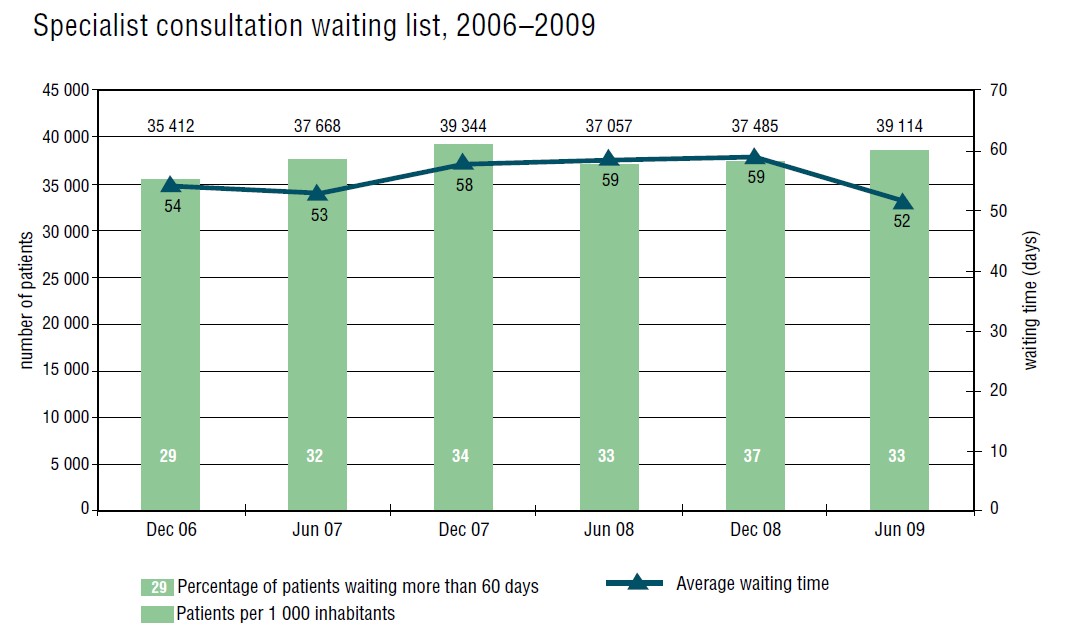
Pues bien, en la clasificación general, el sistema público de salud de España ocupa el puesto 22, entre Portugal y Croacia, con 630 puntos sobre un máximo de 1.000. Mientras, Holanda saca 863 puntos y Dinamarca 819 (ver tabla completa).



El sistema público español saca malas notas en casi todas los apartados del estudio, excepto en el caso de la tasa de éxito en el trato de determinados tratamientos (por ejemplo, la mortalidad en caso de ataque al corazón). Especialmente negativa es la foto en dos cuestiones: la información al paciente y el tiempo de espera para recibir los servicios.

En esta última cuestión, la foto es especialmente desoladora. El grupo de "Tiempo de espera" se subdivide en cinco apartados: acceso al doctor de familia el mismo día, acceso directo al especialista, espera inferior a 90 días para operaciones no urgentes, terapia de cáncer en un plazo inferior a 21 días y escáner en menos de siete días. Pues bien, España no tiene la calificación de “bueno” en ninguno de ellos, en dos obtiene un “intermedio” y en tres la nota es “no bueno”.

Estos datos coinciden con los publicados en el informe sobre el sistema sanitario español publicado por el Observatorio Europeo de la Salud (dependiente de la UE) en 2010. Según sus datos, la media de espera en el sistema para ver a un especialista era en 2009 de 52 días, apenas un descenso de dos días respecto a los 54 de diciembre de 2006. Y el 33% de los pacientes debe esperar más de 60 días para ver a este facultativo.



Cuando los laboratorios médicos “crean” patologías para vender más (mala praxis)

*“El fraude por el que GlaxoSmithKline debe pagar una multa astronómica obedece a la estrategia de “crear” patologías para vender más. El Paxil se presentó como “la píldora de la timidez”…* Medicamentos en busca de enfermedad (El País - **9/7/12**)

La imagen de la Big Pharma ha sufrido un nuevo golpe. Dos grandes laboratorios farmacéuticos, GlaxoSmithKline y Abbott, han aceptado en las últimas semanas pagar multas astronómicas por haber incurrido en graves malas prácticas en la promoción y venta de medicamentos. Ambas compañías se han reconocido culpables y han aceptado sendos acuerdos extrajudiciales para evitar males mayores, en el caso de que los procesos que se seguían contra ellas llegaran a juicio. Las malas prácticas reconocidas incluyen vender medicamentos para patologías en las que no están indicados, pagar a los médicos dádivas y sobornos para que los prescriban y, lo que es más grave, ocultar la existencia de efectos adversos.

En el trasfondo de estas multas multimillonarias subyace el giro estratégico emprendido por algunos laboratorios a finales de los años ochenta para incrementar los beneficios, no por la vía de obtener nuevos y mejores fármacos, algo que resulta cada vez más costoso, sino por la de conseguir nuevas indicaciones para sus viejos medicamentos. Esta estrategia incluye la creación artificial de enfermedades, lo que en inglés se conoce como disease mongering, es decir, el intento, muchas veces culminado con éxito, de convertir procesos naturales en la vida como la menopausia, la tristeza o la timidez, en patologías susceptibles de ser tratadas con fármacos.

Dos casos han contribuido a afianzar la imagen de villana que acompaña a la Big Pharma, para disgusto de los laboratorios serios y comprometidos, que deploran este tipo de comportamientos. El papel de héroe lo ha asumido en este caso el Gobierno de Estados Unidos, que bajo la presidencia del demócrata Bill Clinton decidió acabar con los abusos y desmanes en que incurrían algunas farmacéuticas dispuestas a saltarse las normas de la ética e incluso la ley para preservar la cuenta de resultados.

GlaxoSmithKline, la tercera mayor farmacéutica del mundo, con una facturación de 33.998 millones de euros en 2010, tendrá que pagar ahora 2.400 millones de euros por haber promovido durante años la prescripción en menores de un antidepresivo, el Paxil, autorizado únicamente para adultos por los efectos adversos demostrados en pacientes jóvenes; por haber indicado otro medicamento, el Wellbutrin, para procesos en los que no tenía actividad terapéutica demostrada, como la obesidad o la disfunción sexual; y por haber ocultado que uno de sus medicamentos más vendidos, el Avandia, aprobado para tratar la diabetes, aumentaba el riesgo de afección cardiaca.

El de GSK ha sido considerado el mayor fraude de la historia, pero no era el único. En mayo, la farmacéutica Abbott llegó a un acuerdo similar y aceptó pagar una multa de 1.225 millones de euros por haber extendido el uso de un anticonvulsivo aprobado en 1983 para tratar la epilepsia y el trastorno bipolar, a otras patologías en las que no tiene ninguna eficacia probada, como la agitación en ancianos con demencia senil. El laboratorio pagó durante 10 años a médicos y residencias de ancianos para que prescribieran el fármaco. También Pfizer aceptó pagar en 2009 una multa de 1.800 millones de euros por la promoción fraudulenta de otros 13 medicamentos.

En la mayor parte de estos casos subyace una misma estrategia: promover de forma fraudulenta el uso de fármacos en afecciones en las que no están indicados. Y una vez logrado, ocultar los efectos adversos para evitar perder mercado. La comercialización de Paxil en 1999 es un ejemplo paradigmático de disease mongering. Hasta ese momento se reconocía como entidad patológica la agorafobia, un trastorno muy severo por el cual las personas que lo sufren son incapaces de salir de casa y cuando lo hacen, pueden sufrir ataques de pánico. El lanzamiento de Paxil se centró en una nueva entidad, la fobia social, que daba mucho juego puesto que podía abarcar desde formas leves de agorafobia a la simple y llana dificultad para hablar en público. Paxil se presentó con gran acompañamiento mediático como la píldora de la timidez y el laboratorio eligió para su lanzamiento en Europa la ciudad de Londres, capital del reino donde, según el tópico, hay más tímidos.

El Paxil era en realidad un viejo antidepresivo, la paroxetina, que volvía al mercado con nuevos ropajes y, por supuesto, nueva indicación. Cuando desde los foros de salud pública se criticó al laboratorio por esta manipulación, sus responsables culparon a la prensa de la distorsión. Pero en su discurso ante la junta de accionistas, el que entonces era el máximo ejecutivo de la división responsable del nuevo fármaco, Barry Brand, fue bastante más sincero: “El sueño de todo comercial es dar con un mercado por conocer o identificar, y desarrollarlo. Eso es justamente lo que hemos logrado hacer con el síndrome de ansiedad social”, proclamó, entre grandes aplausos. Efectivamente, la evolución de la compañía en Bolsa así lo acreditaba.

En la misma época que el Paxil se comercializó toda una oleada de fármacos conocidos como las píldoras de la felicidad destinados a librarnos, a golpe de pastilla, de las angustias, temores, fobias y frustraciones que inevitablemente nos acompañan en la vida. En la mayoría de los casos eran principios activos con eficacia demostrada en muy acotadas patologías. El objetivo de la estrategia de comercialización era ampliar todo lo posible el campo terapéutico a cubrir.

En las últimas décadas, la industria se debate entre el viejo paradigma de buscar nuevos o mejores fármacos para las viejas y nuevas enfermedades, algo que resulta muy arriesgado, y el que defienden los ejecutivos más agresivos, muchos de los cuales no tienen ninguna relación con la farmacología, partidarios de recurrir a otras estrategias para aumentar los beneficios. Así se ha pasado muchas veces del viejo paradigma de “enfermedad en busca de medicamento” al mucho más lucrativo de “medicamento en busca de enfermedad”.

Esta estrategia, objeto de numerosos artículos en las revistas médicas, suele articularse en tres fases. En la primera se trata de identificar las patologías, próximas o no a la indicación inicial, en las que podría justificarse de algún modo la prescripción del fármaco. La segunda consiste en colonizar los medios de comunicación con estudios, reportajes y entrevistas, de apariencia independiente, sobre la importancia social de la patología a tratar, y lo mucho que sufren quienes las sufren. Una vez sensibilizada la población y las autoridades sanitarias, se pasa a la tercera fase: ofrecer la solución. Para lograr este círculo virtuoso es importante contar, si es posible, con el concurso de los propios pacientes.

En 1999 la oficina de Nueva York de PRNews contabilizó un millón de menciones del nuevo fármaco Paxil, el único aprobado hasta ese momento contra la ansiedad social. Una investigación posterior del diario The Washington Post reveló que entre 1997 y 1998 se habían publicado más de 50 reportajes extensos en la prensa norteamericana sobre lo terrible que era la ansiedad social y lo mucho que estaba aumentando.

A esa época pertenecen también los dos fármacos que mejor simbolizan los grandes réditos de esta estrategia: Viagra y Prozac. Poco antes del lanzamiento de Viagra, los problemas de la disfunción eréctil tuvieron una sorprendente atención en los medios de comunicación. Entre los estudios de mayor eco mediático figuraba uno que revelaba que nada menos que el 72% de los hombres entre 40 y 70 años de Estados Unidos sufrían algún tipo de dificultad a la hora de conseguir la erección, lo cual resultaba terriblemente alarmante para los expertos que opinaban sobre el tema. La píldora azul ha tenido tal éxito que no solo se prescribe en los casos de auténtica disfunción eréctil, sino en muchos otros en los que es dudoso que tenga alguna eficacia. Últimamente se usa también con fines recreativos, para prolongar la erección. No existen estadísticas precisas de las víctimas, incluso mortales, de estos abusos, pero las hay.

La fluoxetina, el principio activo de Prozac, se aprobó en Estados Unidos en 1992. Llegó a España en 1997 precedida por una intensa y exitosa campaña que incluía menciones elogiosas en obras literarias y cinematográficas. La comercialización de Prozac incorporó una novedad: por primera vez los laboratorios no se dirigían a los médicos para aumentar la prescripción, sino a los posibles usuarios. Como era de esperar, batió el récord de progresión de ventas de un fármaco. Ya en el primer año se vendieron dos millones de unidades, la mayor parte con cargo a la Seguridad Social, a la que se le pasó una factura de 9.200 millones de pesetas.

Para hacerse una idea de lo que esa cifra representa basta con recordar que el lanzamiento de Prozac coincidió con la promulgación de la normativa que introducía en España la comercialización de genéricos y el sistema de precios de referencia. La aplicación combinada de esas dos medidas debía producir el primer año un ahorro de 8.000 millones. Prozac se comió todo el ahorro previsto.

Siguiendo fielmente la pauta del disease mongering se presentó también el fármaco que debía ayudar a las mujeres a superar esa fase tan terrible de la vida que es la menopausia, protegerlas del infarto y la osteoporosis y garantizarles poco menos que la eterna juventud: la controvertida terapia hormonal sustitutoria. De nuevo llegó al mercado precedida de un gran número de reportajes e informes sobre las consecuencias de la menopausia, que no solo trae sofocos, sequedad vaginal, aumento de peso y dificultades para dormir, sino graves riesgos para la salud. Varios estudios habían mostrado que la caída de estrógenos tras la menopausia hace perder a las mujeres la protección que tenían frente al infarto y acelera la pérdida de masa ósea. Todo ello era cierto, pero no lo era tanto que el nuevo fármaco tuviera los efectos protectores que proclamaba. A pesar de ello, se presentó como la gran panacea. Como ocurrió en otros países, los jefes de ginecología de los principales hospitales españoles convocaron a la prensa para recomendar que la terapia fuera administrada con carácter preventivo a todas las mujeres a partir de los 50 años y por un periodo de por lo menos 10. Afortunadamente, la Seguridad Social no les hizo caso.

Durante los años siguientes se produjo un goteo de estudios que alertaban de los posibles efectos adversos de esta terapia. En 2002, cuando en España ya la habían tomado más de 600.000 mujeres y en Estados Unidos más de 20 millones, llegó el “jarro de agua fría a la eterna juventud femenina”, para utilizar la expresión con que tituló la crónica el diario The New York Times. La FDA interrumpió de golpe un estudio en el que participaban 16.000 mujeres, el Women Health Iniciative, que debía demostrar todas las bondades y efectos preventivos por los que se estaba recetando. El estudio debía finalizar en 2005, pero los resultados preliminares indicaban que el tratamiento no solo no tenía los efectos protectores sino que a partir de los 5,2 años de tratamiento, aumentaba el riesgo de sufrir cáncer de mama invasivo y accidente cerebro-vascular. Con el tiempo se ha visto que el fármaco tiene su utilidad en casos muy concretos y muy cuidadosamente evaluados, pero nunca debe administrarse, como se pretendió, como tratamiento preventivo con carácter general y menos como “píldora” para combatir el miedo a envejecer.

Mientras tanto, nuevos síndromes han aparecido y son objeto de intensas campañas para que se les reconozca como patología tratada. Nuevos fármacos se suman a la estrategia del disease mongering. La polémica se centra ahora en el amplio abanico de los trastornos de la personalidad, el desorden bipolar y el déficit de atención.

Efectos adversos que no debían salir a la luz

En 2004 se supo que GSK había ocultado que entre los niños y adolescentes tratados con Paxil se producía una mayor tasa de pensamientos y conductas suicidas. Al ser descubierta, la compañía llegó a un acuerdo extrajudicial y se comprometió a publicar todos los datos de sus estudios clínicos. Mientras tanto, la investigación de este y otros casos motivó en 2007 un cambio legislativo en Estados Unidos que obligó a las farmacéuticas a publicar todos los datos de los estudios clínicos que hicieran. Esta normativa es la que permitió descubrir que GSK había ocultado también datos comprometedores de su fármaco Avandia, que se recetaba para tratar la diabetes.

La farmacéutica había iniciado en 1999 un estudio secreto para averiguar si Avandia era más seguro que su competidor Actos, de la empresa Takeda. Los resultados fueron desastrosos: no solo no era más eficaz, sino que presentaba un significativo mayor riesgo de daño cardiaco. Estos resultados deberían haberse comunicado a las autoridades sanitarias, pero en lugar de hacerlo, la compañía hizo todo tipo de maniobras para evitar que trascendieran. Una investigación del diario The New York Times reveló en 2010 diversos correos internos entre directivos en los que se advertía de que los datos del estudio no debían ver, bajo ningún concepto, “la luz del día”.

Los riesgos de Avandia fueron confirmados en un estudio independiente de un cardiólogo de Cleveland. GSK reconoció que conocía los riesgos de Avandia desde 2005, pero las investigaciones posteriores indican que la compañía ya tenía conocimiento de los efectos adversos no declarados desde antes de su comercialización, en 1999, y no solo permitió que se prescribiera sin ninguna advertencia, sino que hizo todo lo posible por ocultarlo sabiendo que había alternativas más seguras para los pacientes.

Que Avandia mantuviera su cuota de mercado era una cuestión estratégica para GSK, en un momento en que su portafolio estaba huérfano de nuevos productos. Entre los documentos conocidos ahora figura un informe interno, en el que la compañía evaluaba el coste que tendría la revelación de los efectos adversos: 600 millones de dólares solo entre 2002 y 2004.

Larga vida: ¿cuánto costará mantener a tantos mayores en condiciones adecuadas?

*“La ciencia ha comenzado a desentrañar los mecanismos del envejecimiento biológico y con ello la posibilidad de prolongar la vida de las personas más allá de los cien años. La incógnita es saber el precio (social y personal) que habrá que pagar por alcanzar una longevidad extraordinaria”...* ¿Compensa vivir cien años? (Expansión - **14/9/12**)

El secreto de una larga vida hay que buscarlo en la conjunción genes y entorno. Los investigadores han encontrado algunas de las piezas del puzzle del envejecimiento, como son la enzima telomerasa (en la que el grupo de María Blasco, la directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, es un referente mundial) o la proteína progerina, una de las líneas de trabajo del equipo de Carlos López-Otín en la Universidad de Oviedo. “Utilizamos técnicas genómicas para estudiar el envejecimiento. La estrategia es comparar los genomas de individuos que tienen longevidades anómalas y los de longevidades normales y así encontraremos algunas claves del envejecimiento”, explica el científico.

Esos hallazgos abrirán la puerta a estrategias de rejuvenecimiento basadas en reprogramaciones de alguna parte de los genes o de tratamientos farmacológicos que actúen también sobre los genes.

Otro proyecto es el de descifrar los genomas de personas centenarias. Para acelerar esta línea, la X Prize Foundation (una organización sin ánimo de lucro cuyo objetivo es incentivar la innovación) ha creado el premio Archon Genomics X Prize, que entregará 10 millones de dólares al primer equipo de científicos que consiga secuenciar con precisión y fiabilidad el genoma de cien individuos que hayan sobrepasado el siglo de vida. La competición comenzará en septiembre del año 2013 y los requisitos son que los cien genomas estén completados en un plazo de un mes y que el coste de cada uno no exceda los mil dólares.

Mientras que la ciencia trabaja en estas cuestiones, los políticos y la sociedad se tienen que preparar para afrontar las consecuencias de tener poblaciones altamente envejecidas. Para la profesora María Ángeles Durán, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, “el objetivo de alargar la esperanza de vida en buenas condiciones de salud y calidad de la existencia es mucho más difícil de lograr que el de la simple supervivencia. Es ahí donde se plantean los grandes retos sociales, económicos y políticos. Los recursos son siempre limitados y la cantidad de personas dependientes que cada sociedad decide mantener es un asunto delicado, un equilibrio inestable”.

Durán subraya que, “a menos que aumentase simultáneamente la productividad, el aumento de la población dependiente exigiría una nueva redistribución de los recursos. Pero no es un tema que pueda simplificarse; por ejemplo, hay que sacar el propio concepto de productividad del contexto de la producción de mercancías para el mercado en que ahora lo manejamos y extenderlo a otras actividades necesarias, como el cuidado y el autocuidado”.

David Reher, catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, afirma que “el mundo está inmerso en un camino nunca antes recorrido en la historia y no sabemos hasta qué punto la sociedad actual está preparada para soportar una población muy envejecida. Entran en juego muchas variables que plantean cuestiones como ¿Cuántos años se vivirán y con qué estado salud? ¿Cuántos hay para pagar y cuántos para cobrar? ¿Cuánto costará mantener a tantos mayores en condiciones adecuadas? ¿Las fuerzas políticas van a apoyar a los contribuyentes o a las personas que viven de las cuentas del estado? Parece terrible decir esto, pero podría llegar a plantearse la cuestión en estos términos”.

La caída de la natalidad es una dificultad añadida al reto de tener una población envejecida. El Instituto Nacional de Estadística (INE), en su informe Proyección del a Población de España Corto Plazo 2011-2021 predice que nuestro país perderá medio millón de habitante y en 2020 habrá un 18% menos de nacimientos que en 2010.

Reher recuerda que “todas las previsiones existentes para el futuro de las pensiones, de la sociedad y de la economía se basan en mayor o menor grado en el supuesto de un empleo elevado (empezando más joven, trabajando hasta más tarde y niveles de actividad similares entre hombres y mujeres). ¿Cómo podría ser de otra manera ante una población en edad de trabajar en clara disminución y unos niveles de población dependiente en aceleradísimo aumento?”, una solución que “en vista de lo que está sucediendo, suena un poco a quimera”.

Ante este panorama, parece inevitable prolongar la edad de jubilación. Pero Reher tiene una propuesta diferente: “¿Por qué no dejar a la gente cobrar su pensión y también seguir trabajando? Una persona cobra la pensión de acuerdo con los años cotizados (es un derecho suyo), si además trabaja resultará que seguirá cotizando a la Seguridad Social y también aumentará su contribución a los gastos del Estado mediante unos impuestos más altos. Desde la perspectiva de las personas, tal vez ganar más dinero que lo que le da su pensión (e incluso más que lo que ganaba antes) le supone un aliciente para continuar trabajando”.

El profesor Axel Borsche-Supan, del Instituto Mannheim de Investigación Económica del Envejecimiento y coordinador de la Encuesta sobre Salud Envejecimiento y Jubilación en Europa (Share), afirma que “los países mediterráneos tienen pensiones públicas generosas pero poco más, mientras que en los países del norte las pensiones privadas compensan a las públicas”.

El experto alemán cree que el problema para España llegará dentro de 25 años, pero “tiene margen para acometer las reformas necesarias. Suecia lo hizo a raíz de su crisis financiera de los años 90 y Alemania ha hecho un buen trabajo en materia de pensiones”.

En este escenario, ¿compensa llegar a vivir cien años? “Me imagino que no, aunque la verdad es que hay científicos como James Vaupel que no hace más que cantar las glorias de llegar a una altísima edad. Supongo que todo ello depende en buena medida de la salud y la calidad de vida de las personas durante su vejez”, sostiene David Reher. María Ángeles Durán opina que “es una cuestión individual y cultural. Dependiendo de en qué condiciones, la vida es un regalo maravilloso o una tortura de la que se desea escapar. Algunas sociedades permiten un alto margen de autonomía a sus miembros en relación al principio y final de la vida, en otras no hay margen para la opción personal”.

Los hombres de ciencia tienen una opinión más optimista. Carlos López-Otín dice que “ahora es normal llegar bien hasta los 80 años y mucha gente quiere vivir más si lo hacen en buenas condiciones”, y el geriatra Isidoro Ruipérez, del Hospital Central de la Cruz Roja, en Madrid, es contundente: “Por supuesto. Tenemos más de 700 pacientes de más de 85 años y están encantados de vivir, y se aferran a la vida. También tenemos muchos nonagenarios y su actitud es la misma”.

Mientras unos juegan a Dios (y se lo creen), otros no saben cómo pagar las aspirinas

- ¿Deberíamos vivir hasta cumplir 1.000 años? (Project Syndicate - **10/12/12**)

(Por Peter Singer) Lectura recomendada

Princeton.- ¿En cuáles problemas deberíamos enfocar la investigación en medicina y ciencias biológicas? Existe un argumento sólido a favor de luchar contra las enfermedades que matan a más personas - enfermedades como la malaria, el sarampión y la diarrea, que son las que matan a millones de personas en los países en desarrollo, pero a muy pocas en el mundo desarrollado.

Los países desarrollados, sin embargo, dedican la mayor parte de sus fondos de investigación a las enfermedades que sufren sus ciudadanos, y es muy probable que esta situación continúe así en el futuro previsible. Teniendo en cuenta esta restricción, ¿qué avance médico sería el que logre más en cuanto a mejorar nuestras vidas?

Si su primer pensamiento es “una cura para el cáncer” o “una cura para las enfermedades cardiacas”, piénselo de nuevo. Aubrey de Grey, director científico de la fundación SENS y el defensor más destacado del mundo en el campo de la investigación anti-envejecimiento, afirma que no tiene sentido gastar la mayor parte de nuestros recursos médicos en tratar de luchar contra las enfermedades de la vejez, sin combatir el envejecimiento en sí. Si curamos una de estas enfermedades, los que hubieran muerto a causa de la misma pueden esperar sucumbir a causa de otra, unos pocos años más adelante. Por lo tanto, el beneficio es modesto.

En los países desarrollados, el envejecimiento es la causa final del 90% de todas las muertes de seres humanos; por lo tanto, el tratamiento del envejecimiento es una forma de medicina preventiva para todas las enfermedades de la vejez. Además, incluso antes de que el envejecimiento conduzca a la muerte, reduce nuestra capacidad para disfrutar de nuestras propias vidas y para contribuir positivamente a la vida de los demás. Por esta razón, en lugar de enfocarse en enfermedades específicas que podrían sobrevenir con más probabilidad cuando las personas llegan a una cierta edad, ¿no sería una mejor estrategia tratar de prevenir o reparar el daño causado a nuestros cuerpos por el proceso de envejecimiento?

De Grey cree que el avance, inclusive si es modesto, en este ámbito durante los próximos diez años podría conducir a una extensión dramática en la duración de la vida de los humanos. Todo lo que tenemos que hacer es llegar a lo que él denomina “la velocidad de escape de la longevidad” - es decir, el punto en el que podemos extender la vida lo suficiente como para dar tiempo a que, a su vez, nuevos avances científicos permitan extensiones adicionales, y por lo tanto un mayor avance y una mayor longevidad. En una disertación recientemente en la Universidad de Princeton, de Grey, dijo: **“no sé qué edad tiene en la actualidad la primera persona que vivirá hasta sus 150 años, pero se puede decir casi con certeza que la primera persona que vivirá hasta sus 1.000 años es menos de 20 años menor que dicha persona”.**

Lo que más atrae a Aubrey de Grey acerca de esta perspectiva no es poder vivir para siempre, sino poder prologar el periodo de vida saludable y juvenil que llegaría como consecuencia de lograr a un grado de control sobre el proceso de envejecimiento. En los países desarrollados, hacer posible que aquellos que son jóvenes o de mediana edad permanezcan juveniles, podría atenuar el inminente problema demográfico relacionado a que una proporción de la población, sin precedentes históricos, está llegando a la edad avanzada - y que con frecuencia se está tornando en dependiente de las personas más jóvenes.

Por otro lado, aún tenemos que plantearnos la pregunta ética: ¿estamos siendo egoísta al intentar extender nuestras vidas de manera tan dramática? Y, si tenemos éxito, ¿será el resultado bueno para algunos, pero injusto para otros?

Las personas en los países ricos ya en la actualidad pueden esperar vivir alrededor de unos 30 años más que las personas en los países más pobres. Si descubrimos cómo retrasar el envejecimiento, podríamos tener un mundo en el que la mayoría de los pobres deban enfrentar a la muerte en un momento en que los miembros de la minoría rica se encuentren tan sólo en una décima parte del recorrido de su periodo de vida esperado.

Esa disparidad es una de las razones para creer que la superación de envejecimiento aumentará la cantidad de injusticia en el mundo. Otra es que si las personas continúan naciendo, mientras que otras no mueren, la población del planeta se incrementará a un ritmo aún más rápido del que ahora lo hace, lo que a su vez también haría que la vida para algunos sea mucho peor de lo que hubiese sido bajo otras circunstancias.

Si podemos o no podemos superar estas objeciones depende de nuestro grado de optimismo acerca de los futuros avances tecnológicos y económicos. La respuesta que proporciona Aubrey de Grey a la primera objeción es que, no obstante que los tratamientos contra el envejecimiento podrían llegar a ser costosos al principio, es probable que el precio disminuya, tal como ocurre con tantas otras innovaciones, desde los computadores hasta los fármacos que impiden el desarrollo del SIDA. Si el mundo puede continuar desarrollándose económica y tecnológicamente, las personas se hacen más ricas, y, en el largo plazo, el tratamiento anti-envejecimiento beneficiará a todos. Entonces, ¿por qué no empezar y hacer que dicho tratamiento sea una prioridad ahora?

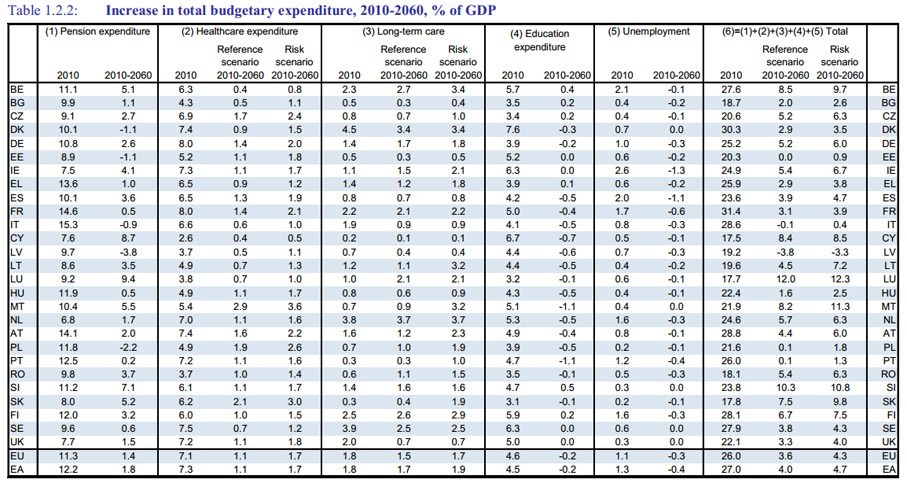
En cuanto a la segunda objeción, al contrario de lo que muchas personas suponen, el éxito en la superación del envejecimiento por sí mismo podría darnos un respiro para encontrar soluciones al problema de la población, ya que también podría retrasar o eliminar la menopausia, lo que permitiría que las mujeres tengan su primer hijo mucho más tarde de lo que ahora pueden. Si el desarrollo económico continúa, las tasas de fecundidad en los países en desarrollo caerán, como ha ocurrido en los países desarrollados. En última instancia, la tecnología también puede ayudar a superar la objeción relativa a la población, al proporcionar nuevas fuentes de energía que no aumenten nuestra huella de carbono.

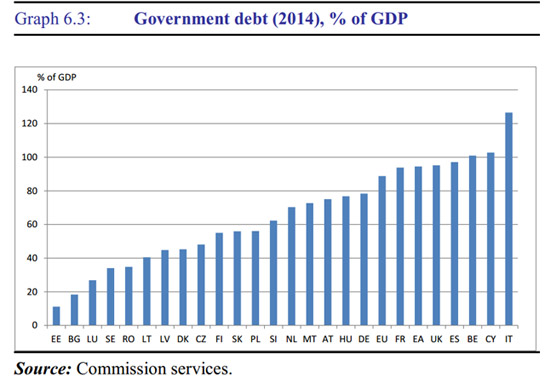
La objeción relativa a la población plantea una pregunta filosófica más profunda. Si nuestro planeta tiene una capacidad limitada para soportar vida humana, ¿es mejor tener un menor número de personas que viven vidas más largas o más personas que viven vidas más cortas? Una de las razones para pensar que es mejor tener menos personas que vive vidas más largas es que sólo quienes han nacido conocen aquello que la muerte les priva; y los que no existen no pueden saber lo que están perdiendo.

De Grey ha creado la Fundación SENS con el objetivo de promover la investigación anti-envejecimiento. Según la mayoría de los parámetros de comparación, los esfuerzos de recaudación de fondos de esta fundación han tenido éxito, considerando que cuenta con un presupuesto anual de alrededor de $ 4 millones. Pero dicha cantidad aún continúa siendo tristemente pequeña en comparación con los niveles de recaudación de las fundaciones de investigación médica. De Grey podría estar equivocado, pero si sólo existe una pequeña posibilidad de que él tenga razón, los enormes beneficios harían que la investigación anti-envejecimiento sea una mejor opción que las áreas de la investigación médica que actualmente se encuentran mucho mejor financiadas.

(Peter Singer, Professor of Bioethics at Princeton University and Laureate Professor at the University of Melbourne, is one of the world’s most prominent ethicists. He is the author of Practical…)

- Informe de la Comisión Europea - (El Confidencial - **19/12/12**)





La sanidad holandesa: ¿un modelo para Europa?

- Holanda: así funciona el mejor sistema sanitario de Europa (Libertad Digital - **21/12/12**)

Su modelo público se basa en la competencia entre aseguradores privados y en la libre elección de los pacientes.

(Por D. Soriano) Lectura recomendada

Desde hace siete años, [Health Consumer Powerhouse](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2), una organización de consumidores sueca especializada en sanidad y que colabora con la Comisión Europea, realiza el [*Euro Health Consumer Index*](http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf) *(EHCI)*, un informe en el que se mide la calidad del **sistema público de salud de 35 países** del Viejo Continente. Los parámetros para organizar la clasificación son cinco: derechos de los pacientes e información (175 puntos), listas de espera (250 puntos), resultados (300 puntos), servicios cubiertos (175 puntos) y productos farmacéuticos (100 puntos), para un total máximo de 1.000 puntos.

Desde su creación, los primeros puestos han estado ocupados por los *sospechosos habituales* en los *ranking*s de países con mejor calidad de vida: **Dinamarca, Islandia, Luxemburgo,** [**Suecia**](http://www.libertaddigital.com/opinion/mauricio-rojas/las-mentiras-de-las-batas-blancas-66718/) **o Suiza**. Los países nórdicos y los dos estados más capitalistas del continente no sólo encabezan año tras año los índices de libertad económica, sino que con la riqueza que generan sus ciudadanos han sido capaces de construir un buen modelo de servicios públicos, en el que, por otro lado, están normalmente muy presentes los proveedores privados.

Sin embargo, en lo que respecta a los sistemas sanitarios, hay un país que destaca desde hace años, edición tras edición del EHCI: **Holanda**. En el número de 2012 obtiene 872 puntos y le saca 50 a Dinamarca, que ocupa la segunda posición. Tanto una cifra como la otra son excepcionalmente buenas y demuestran que el modelo neerlandés funciona. Es lógico que cualquiera con un mínimo de curiosidad se pregunte por qué es tan bueno este sistema.

El modelo

Desde 2006, en un proceso que contó con el consenso de los principales partidos del arco parlamentario, tanto a izquierda como a derecha, está en vigor en [Holanda](http://www.government.nl/ministries/vws) un modelo muy novedoso que podría resumirse como de **financiación pública y prestación de servicios privada**. Es decir, que el Estado asegura a todos sus ciudadanos que quedarán totalmente cubiertos, sin importar su edad o historial clínico, pero son las empresas del sector las que compiten por atraer a los clientes/contribuyentes.

En primer lugar, la legislación neerlandesa obliga a todos los ciudadanos a contratar un **seguro médico**. La normativa establece un catálogo mínimo de prestaciones que toda [compañía aseguradora](https://www.zn.nl/zn-english/) debe ofrecer y que está entre los más completos de todos los sistemas públicos europeos. Y una cuestión importante, las empresas que compiten en este mercado tienen prohibido rechazar a los pacientes en función de su edad o historial clínico. Es más, reciben un plus por parte del Estado si una persona perteneciente a un grupo de *riesgo* acaba contratando su póliza, por lo que muchas empresas incluso buscan a este tipo de asegurado.

La segunda cuestión importante es quién paga este seguro. Lo cierto es que se abona entre el Gobierno, las empresas (a sus empleados) y los propios asegurados. Este año, la cuota mensual que debía abonar el paciente estaba en el entorno de los 100 euros por adulto (los niños de cada familia están incluidos en la póliza de sus padres). Eso sí, para aquellos que temen este sobrecoste en los bolsillos de unos contribuyentes ya muy asediados, el Estado holandés asegura una serie de ayudas en función de los ingresos. Hasta el 70% de los hogares del país recibe algún tipo de subvención pública para ayudar en el pago del seguro. Por ejemplo: en 2010, para una persona soltera que viviera sola y ganase 33.000 euros, la ayuda mensual alcanzaba los 61 euros. Y en el caso de hogares de muy bajos ingresos, el Estado puede llegar a pagar la práctica totalidad del seguro.

Además de esta póliza, cada holandés tiene que pagar cada año una pequeña cantidad que se asemeja a un **copago** del que va *tirando* en sus primeras visitas al médico (este año era de 220 euros). De esta manera, cuando acude por primera vez al especialista o acude a la farmacia es como si sacara dinero de esta especie de cuenta personal. En el momento en que la agota, entra en juego el seguro privado del que hablábamos antes.

El resto del sistema

Éstas son las características más importantes del modelo holandés. Como decíamos antes, básicamente consiste en que el Estado se cerciora de que todos los ciudadanos están asegurados, pero luego son estos los que deciden a quién confían la provisión de los servicios. Esto tiene una serie de ventajas que, a pesar de lo poco que lleva el sistema en vigor, apenas desde 2006, ya han comenzado a dar sus frutos:

* **Grandes enfermos:** siempre que se habla de seguros de salud hay quien habla de los incentivos perversos que tienen las compañías para rechaza o no tratar de forma adecuada a los enfermos más graves o crónicos. Como explicamos más arriba, el Estado neerlandés paga una prima por los grupos de riesgo, por lo que las compañías tienen esos incentivos para (no) excluirles (algo que, por otro lado, no podrían hacer porque está prohibido por ley). Pero además, en el caso de enfermos crónicos o de enfermedades especiales, existe un seguro público que cubre este tipo de tratamientos.
* **Competencia:** este modelo ha disparado la competencia entre las compañías aseguradoras privadas. Decenas de ellas ofrecen sus servicios a todos los ciudadanos, se anuncian y buscan atraer clientes que mejoren su cuenta de resultados. Luego, en el trato diario, su objetivo es agradarles, para conseguir de este modo que repitan año tras año. Los holandeses incluso bromean en que tienen demasiadas alternativas entre las que elegir, dentro de un mercado vibrante y dinámico.
* **Más servicios:** evidentemente, aunque el catálogo mínimo de prestaciones en realidad cubre mucho más que en otros países europeos, las compañías pueden ofrecer a quien así lo desee complementos en el seguro (desde servicios dentales, hasta fisioterapia, pasando por mejores condiciones de hospitalización). Quien lo desee, puede pagar complementos a su póliza y cubrir así estas necesidades especiales.
* **Coste:** lo que hay que tener en cuenta es que [este modelo no es barato](http://www.libremercado.com/2012-12-04/es-sostenible-a-medio-plazo-la-sanidad-espanola-1276475966/), aunque una de las razones es que los holandeses no quieren que lo sea. Los ciudadanos del país valoran los servicios de las aseguradoras y un porcentaje elevado contrata extras respecto al mínimo legal establecido. Así, el coste por habitante y año subió en 2010 a los 3.890 euros, sólo superado en Europa por Noruega y Suiza. También desde el punto de vista porcentual el gasto es elevado, puesto que alcanza el 12,0% del PIB, por encima de Francia, Alemania o Dinamarca. Lo que hay que pensar es si merece la pena tener el mejor sistema del continente, incluso aunque cueste algo más. Casi todo el mundo considera su salud como el más preciado de los bienes; por eso, a mucha gente no le importa algo más por un buen servicio, con más motivo si tiene capacidad de elección sobre quién quiere que sea su médico.

Algo de cordura: los ciudadanos ingleses prefieren perder la Virgin(dad) en el NHS

*“Richard Branson hizo una fortuna estampando su irreverente marca Virgin en todo tipo de industrias, desde la aérea a la discográfica. Pero ahora el multimillonario es blanco de las críticas por tratar de poner el sello de Virgin en un servicio que muchos británicos no quieren que tenga marca: su sistema público de salud”...* Los británicos dicen “no” a Virgin en la salud (The Wall Street Journal - **27/12/12**)

La división Virgin Care, parte de Virgin Group, de Branson, ha pasado los últimos dos años y medio proporcionando servicios médicos como podología y dermatología al Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), que está recurriendo cada vez más a contratistas en el sector privado para ahorrar dinero y mejorar el servicio.

Muchos médicos, pacientes y ciudadanos están en contra de la tercerización, e insisten en que no les gusta la idea de que las empresas del sector privado intenten exprimir ganancias de NHS, que ya está agobiado económicamente.

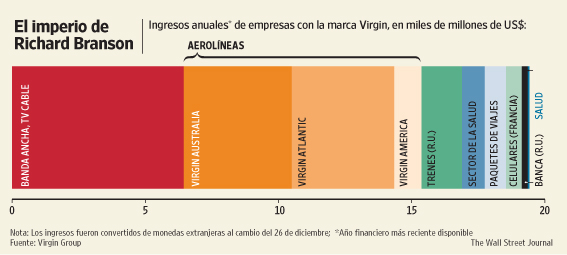
Virgin, uno de los nombres más grandes y reconocidos de los negocios, se ha convertido en un blanco popular para las críticas.

La empresa señala que sus contratos detallan que para generar una ganancia, primero tiene que lograr que el NHS ahorre cantidades específicas de dinero.

Aun así, en los últimos meses, trabajadores del sector de la salud han organizado numerosas manifestaciones delante de las tiendas Virgin Media VMED +0.83%y los gimnasios Virgin Active, donde se concentran a protestar luciendo caretas de Richard Branson y pancartas que dicen: “Branson: ¡Saca las manos de nuestro NHS!”

Jacky Davis, una radióloga de NHS que ayudó a organizar una de las protestas, aseveró que el cuidado médico en particular “no encaja con el mercado comercial”.

“Las multinacionales consiguen sus ganancias rebajando las condiciones de trabajo de sus empleados y recortando los servicios”, apuntó. “En ambos casos, los pacientes salen perdiendo”.



.

Virgin afirma que algunos aspectos del NHS son tan ineficientes que existen muchas posibilidades de mejorar el servicio y también de lograr ganancias. "Todos sabemos que en algunas ocasiones, el NHS puede proporcionar servicios fantásticos, pero de vez en cuando también pueden ser mejorados", puntualizó Bart Johnson, el presidente ejecutivo de Virgin Care.

Johnson no quiso divulgar cuáles son las metas de ganancias a las que está apuntando Virgin en el sector de salud, pero aseguró que existe una “correlación completa entre el servicio de alta calidad y los robustos retornos financieros”.

Al igual que la mayoría de los países industrializados, Gran Bretaña lucha con un alza en los costos del cuidado de la salud y un creciente déficit fiscal, lo que obliga al NHS a encontrar formas de ahorrar. El gobierno laborista anterior comenzó a tercerizar algunos servicios de salud a compañías privadas a mediados de los 2000, en lo que describió como un intento por recortar costos y mejorar los servicios.

El proceso se ha agilizado bajo el actual gobierno conservador y este año se aprobó una ley para abrir más la puerta al sector privado. El NHS indicó que contratistas del sector privado realizaron 4,3% de las operaciones hospitalarias electivas que se llevaron a cabo en el año fiscal de 2012.

Los esfuerzos de Gran Bretaña por aumentar el papel del sector privado en la salud pública contrastan con Estados Unidos, donde la ley de salud del gobierno de Barack Obama incrementa el papel del Estado en la financiación y regulación del cuidado de salud.

Sin embargo, no todas las reacciones han sido negativas. Surrey Link, una organización sin fines de lucro, asegura que Virgin siempre ha tomado medidas “cada vez que hemos señalado áreas donde se pueden mejorar los servicios”. Por ejemplo, la compañía reparó edificios "en los que no se había invertido en mucho tiempo", dijo el grupo en un comunicado.

La industria farmacéutica vuelve a estar en el punto de mira.

*“El pasado miércoles, la agencia francesa de seguridad del medicamento (ANSM, por sus siglas en francés) ordenó retirar del mercado la píldora anticonceptiva Diane 35 después de que se filtrasen unos informes en los que se asociaban cuatro muertes al consumo de este fármaco. Un medicamento que en España se prescribe principalmente para tratar el acné y la alopecia”...* ¿De verdad son seguros los medicamentos que nos recetan? (El Confidencial - **1/2/13**)

La desconfianza de la sociedad francesa hacia la industria farmacéutica ha alcanzado unos niveles similares a los de 2009, cuando saltó a la luz pública el escándalo del Mediator, un medicamento para tratar la diabetes y al que se asociaron 64 muertes por sus efectos secundarios. Y es que el propio ministerio galo ha instado a la UE a que reconsidere la autorización comercial de varias marcas de píldoras anticonceptivas de tercera y cuarta generación.

Los medios de comunicación del país vecino han puesto su foco sobre esta cuestión desde hace varias semanas. Mientras tanto, el ensayo *Le guide des médicaments: utiles, inutiles ou dangereux* de Philippe Even ha tenido una repercusión sin parangón, liderando las listas de ventas y obligando a la editorial a triplicar la tirada (hasta alcanzar los 200.000 ejemplares) por la expectación generada en la primera semana de su publicación.

La tesis central de este profesor emérito de la Universidad París Descartes y antiguo miembro de la comisión científica del Ministerio de Sanidad galo es que [“sólo un medicamento de cada tres es eficaz de verdad”](http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2012/10/17/solo-un-medicamento-de-cada-tres-es-eficaz-de-verdad-107374/), mientras que apunta a la complicidad entre laboratorios, gobiernos y médicos como principal causa de esta situación. Entre la opinión pública española la preocupación apenas existe, aunque los especialistas sí han llamado la atención sobre cuestiones como la medicación excesiva, el elevado número de personas mayores polimedicadas y los efectos secundarios de algunos fármacos. Entre los medicamentos más peligrosos para la salud, según los datos obtenidos por Even y su equipo de colaboradores tras analizar cerca de 20.000 informes sobre fármacos comercializados en Francia, el porcentaje más alto se encuentra en aquellos destinados a tratar la hipertensión arterial, la osteoporosis, la diabetes, el asma y el colesterol.

La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas) menciona alguna de estas cuestiones en su último [informe bianual](http://www.sespas.es/informes.php), así como la consejería de Salud valenciana en el [Boletín de Información Farmacoterapéutica](http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/figuraazul.htm). Pero, realmente, ¿existen motivos para preocuparse? La doctora en Farmacología de la Universidad Complutense de Madrid, María Teresa Tejerina Sánchez, responde que no, puesto que los controles son ahora más rigurosos que nunca. Además existe una serie de mitos falsamente construidos que es necesario matizar para entender el mundo de la industria farmacéutica y de la medicación.

No todo el mundo reacciona igual a un mismo fármaco. “La respuesta de cada paciente depende de sus biomarcadores”, por lo que es fundamental que se adecue el tratamiento a estas características, como se propone desde el campo de estudio de la medicina personalizada. Tejerina sospecha que las cuatro muertes en Francia asociadas al consumo de la píldora Diane 35 se deben a que no se suministraron a la persona correcta.

Otra de las explicaciones que señala Tejerina a los efectos secundarios de los medicamentos provendrían del “abuso” que hacen de ellos los pacientes, tanto por una medicación excesiva como por el consumo de fármacos demasiado fuertes para la dolencia que se tiene.

La farmacóloga entiende que no existen medicamentos inútiles porque “desarrollarlos supone una inversión media de 1.318 millones de dólares y entre diez y doce años de trabajo”. En un principio, añade, no merece la pena hacer una apuesta inversora de este tipo si las expectativas de éxito en el mercado no son muy altas. Esto no significa, añade la doctora, que existan algunos medicamentos que tengan un efecto placebo para determinados pacientes.

Unos argumentos que chocan con los de Philippe Even, para quien “un tercio de los medicamentos comercializados son completamente ineficaces, sin ningún efecto terapéutico. Otro tercio puede causar problemas secundarios al no ser bien tolerados por el paciente o se utilizan mal al prescribirlos a personas que no los necesitan”. Por último, establecía en el 33% restante la cantidad de fármacos “realmente útiles para curar una enfermedad o algún problema de salud”.

Para la farmacóloga “todos los medicamentos sirven para algo, siempre y cuando sean bien administrados por el médico en base a un riguroso historial clínico del paciente”. Lo que no se puede hacer, sentencia, “es eso del café con leche para todos porque cada paciente es diferente”. Además, añade que de entre los 35 fármacos aprobados el pasado año por la Food and Drug Administration (FDA), la agencia reguladora norteamericana, casi la mitad de ellos fueron calificados como de “gran innovación médica”.

“Hoy en día la aspirina no conseguiría una autorización para su comercialización”. Un ejemplo que pone Tejerina para demostrar cómo se han endurecido y evolucionado los controles de la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Pese a ello, apunta que existe una agresiva campaña a nivel europeo de las distintas administraciones públicas contra la industria farmacéutica.

Una reacción generalizada que podría deberse a la guerra de la financiación de los fármacos por parte de los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, Even pone el foco sobre los intereses económicos que compartirían laboratorios, gobiernos y médicos. Para ello no duda en señalar al máximo responsable de la EMA, Andreas Pott, por tener una gran cantidad de acciones en empresas farmacéuticas.

UK: entre 400 y 1.200 personas murieron por negligencias “espantosas” en cuatro años

“*El primer ministro británico, David Cameron, ha pedido hoy disculpas públicas por las negligencias “verdaderamente espantosas” que se tradujeron en la muerte innecesaria de centenares de pacientes en uno de los hospitales públicos del Reino Unido. Su comparecencia ante la Cámara de los Comunes se ha producido poco después de la difusión de las conclusiones de una investigación sobre el maltrato sistemático a los pacientes de un centro sanitario de Staffordshire (centro de Inglaterra), privados en algunos casos incluso de agua y alimentos, y que se tradujo en una inusual y altísima tasa de bajas mortales entre 2005 y 2008”...* Cameron pide perdón por el mayor escándalo sanitario en Reino Unido (El País - **7/2/13**)

El personal del servicio de sanidad pública (NHS, en sus siglas inglesas), es decir, los médicos, enfermeras y gestores, deberá afrontar sanciones penales si encubren sus errores o los de sus colegas en el trato que dispensan al paciente, según las recomendaciones de la investigación dirigida por el abogado especialista en negligencias médicas Robert Francis. Las cifras de mortalidad registradas por el hospital en aquel periodo superaron las previsiones estadísticas entre 400 y 1.200 personas y, si bien resulta imposible establecer que habrían sobrevivido con mejor atención y tratamiento, sí se ha confirmado que cuando menos fueron víctimas de una gestión que primaba “la consecución de objetivos económicos por encima de la calidad del servicio”.

El escándalo mayúsculo, que saltó a la palestra en 2009, ha sido objeto desde entonces de cinco investigaciones que se saldaron con una crítica a los patéticos estándares hospitalarios, el abandono voluntario de algunos de sus gestores y ninguna sanción expresa. Y ello a pesar del tremendo relato de los horrores de cómo las recepcionistas determinaban quién era o no aceptado para su ingreso, de la falta de formación de las enfermeras para usar los equipos o la inexperiencia de algunos médicos a los que se encomendaron pacientes en estado crítico. Tanta era la dejadez, que a veces la bandeja con el almuerzo o la cena era depositada fuera del alcance del paciente que yacía en la cama.

La presión de los familiares de esos pacientes maltratados, exigiendo un examen en profundidad del sistema para buscar soluciones y dirimir responsabilidades, ha forzado esta última encuesta oficial que el Partido Conservador prometió en su programa electoral y Cameron hizo efectiva en cuanto ocupó Downing Street. Su resultado, sin embargo, conforma un catálogo de nada menos que 290 recomendaciones que se resumiría en el establecimiento de un código más férreo de conducta, el reforzamiento de los controles del personal y, como explicó el primer ministro, la creación de un cuerpo de inspectores para velar por unos centros sanitarios “limpios seguros y en los que se cuide a los pacientes, no de meros espacios de gestión burocrática”. Se apunta a los errores de gestión, desde los máximos responsables hasta la base, pero no habrá mayores consecuencias más allá de la severa censura.

Si bien es cierto que el caso no puede imputarse directa o únicamente a la mengua de los recursos económicos que el NHS viene encajando en los últimos años -porque el trato inhumano a aquellos pacientes carece de toda justificación- también debe subrayarse que ese contexto idílico que ambiciona Cameron aparece muy difícil en los actuales tiempos de recortes drásticos. Las recomendaciones con las que se ha saldado el veredicto sobre el hospital de Staffordshire, y que el Gobierno quiere aplicar en todos los centros del sistema, suponen un alivio para los responsables del Departamento de Sanidad, que temían la demanda de otra costosa reforma del NHS que finalmente no deberá ejecutarse. Porque esa declaración de buenas intenciones que contiene la enésima investigación del caso no se centra en la exigencia de un personal cualificado y suficiente numéricamente (lo cual significa inversión en la sanidad pública), sino que pone el acento en el comportamiento individual de cada trabajador independientemente de las condiciones laborales. Y estas, a tenor del gasto sanitario del próximo presupuesto del Gobierno, no parecen nada halagüeñas.

Cuestionan el modelo de salud de la sociedad desarrollada, basado en la práctica preventiva, que tiene repercusiones sobre las personas sanas

- “Un tercio de la atención sanitarias es innecesaria” (Gaceta.es - **6/3/13**) Lectura recomendada

Suenan al Pepito Grillo de la profesión médica. El matrimonio formado por Juan Gervás y Mercedes Pérez Fernández, recogen su crítica a la medicina en el libro Sano y salvo (Los Libros del Lince), después de más de cuarenta años de profesión como médicos generalistas, investigadores y docentes en la Universidad Autónoma de Madrid.

– ¿Cuántas intervenciones médicas son innecesarias?

Juan Gervás: Cerca del 30%, no sólo en atención clínica, también en salud pública.

– ¿De quién es la culpa?

Mercedes Pérez: La culpa es de todos y al final de nadie. El paciente ha visto que se ha duplicado la expectativa de vida de los 40 a los 80 años. Ahora la palabra muerte suena a obsceno y hay una expectativa de salud que se convierte en un imposible.

J. G.: El médico no evita la muerte. Prolonga vidas. Lo único que hace es cambiar una causa de muerte por otra. Evitamos una muerte pero finalmente los cuerpos encuentran las formas de morir. Luego hay intereses de las industrias, que hacen negocio a costa del miedo. La farmacéutica desde luego, pero también la alimentaria, la tecnológica...

M. P.: Cada vez hay tecnologías más novedosas y, como resultado, se encuentran más cosas. Si hay un bisturí estupendo para quitar las amígdalas, va a haber más amigdalectomías.

– ¿Entonces el diagnóstico precoz no siempre es interesante?

M. P.: El diagnóstico precoz te hipoteca la salud.

J. G.: Hay un diagnóstico sin límites. Por ejemplo, el determinar el ácido úrico en la sangre. Si a un paciente le sale alto, no significa nada y lo normal es no tratarlo. Y sin embargo, se empiezan tratamientos, análisis, dieta... El diagnóstico precoz tiene que tener un límite más allá del cual es perjudicial, porque produce miedo, incertidumbre y te enferma.

– ¿Y las revisiones anuales en el ginecólogo o las mamografías a partir de los 40 tampoco son necesarias?

J. G.: Como mucho, una citología de cuello de útero cada tres años, aunque hay estudios que demuestran que no son necesarias. El problema de la mamografía es que gran cantidad de los cánceres que determina son histológicos.

– ¿Qué son esos cánceres?

J. G.: Cánceres que, si no se diagnosticaran, la gente viviría con ellos y no pasaría nada nunca. En el cáncer de mama, hay un 30% que son histológicos, pero en algunas edades puede llegar al 47%. Y en el cáncer de próstata al 60%. Es el sobrediagnóstico, se diagnostica bien pero en exceso.

M. P.: Otro ejemplo es el neuroblastoma, un cáncer infantil extracraneal, del que hubo que dejar de hacer los screening porque los niños morían a causa de intervenciones. Les mataba el tratamiento y no les hubiera matado el cáncer.

– ¿Y diciendo todas estas cosas ustedes se llevan bien con sus compañeros de profesión?

J. G.: No somos los únicos que las pensamos. Muchos compañeros se sienten agobiados en la práctica clínica haciendo cosas que no se deben hacer y viendo que luego no hay tiempo lo que sí hay que hacer. Lo que pasa es que no hablan tan claro.

– ¿Cuántas de las vacunas que nos ponemos son necesarias?

J. G.: Somos provacunas pero críticos. Las del sarampión, difteria, rabia y tétanos son imprescindibles y uno de los mejores tesoros que tenemos. Pero al calor de esas vacunas eficaces se empiezan a promover otras absurdas, como, la del Alzheimer. Hay otras, como la del virus del papiloma humano, el neumococo, el rotavirus, la varicela y la gripe, poco efectivas, que están introduciendo más daño que bien y fomentando un movimiento antivacuna del que son responsables los que quieren venderlas.

– La vacuna del virus del papiloma humano ha generado una gran controversia.

J. G.: De hecho, se fundó un movimiento pidiendo una moratoria firmado por catedráticos de Salud Pública, que apoyaron 8.000 profesionales sanitarios. En este caso sí se puede echar la culpa a la industria, porque esta vacuna vale tanto como todas las otras juntas pero se refiere a un problema menor. Mueren de cáncer de cuello de útero el 0,5% de las mujeres.

– ¿Cuánto cuesta este gasto ineficiente en el sistema sanitario?

En torno al 30% del presupuesto, unos 30,000 millones anuales en España. Más del 75% del despilfarro correspondería a prevención innecesaria.

– ¿Cómo cuál?

J. G.: Pruebas “innecesarias” preoperatorias en los hospitales: análisis, radiografía de tórax, electrocardiograma, espirometría... Su uso apropiado ahorraría más de 3 millones anuales en Canarias.

M. P.: Trabajar con calidad es más barato. Las consultas están llenas de pacientes sanos. Para ver al médico hay que esperar diez días. Y la gente se va a urgencias

– ¿Entonces no hay que hacer prevención?

J. G.: Hay cosas que se pueden hacer. Además de las vacunas, en el tratamiento del sida para no transmitirlo al niño, tabaco, tratamiento de la hipertensión... Pero la gente, de tanto prevenir, deja de ser feliz.

La vida más corta de los pobres (la enfermedad de la pobreza)

- Solo los pobres mueren jóvenes (Project Syndicate - **17/6/13**)

(Por Johan P. Mackenbach) Lectura recomendada

Rotterdam.- Las personas de menor nivel socioeconómico (por sus niveles de educación, ocupación o ingresos) viven en promedio vidas más cortas y menos saludables que las de estratos más altos. De hecho, a menudo la expectativa de vida al nacer varía de 5 a 10 años según sea el factor de bienestar social y económico. Por sufrir distintas enfermedades o discapacidades, los pobres pierden entre 10 y 20 más años que sus contrapartes más ricas.

Esto no habría sorprendido a nadie en el siglo diecinueve, con su promedio de bajos ingresos, su pobreza generalizada y su falta de sistemas de seguridad social. Sin embargo, hoy en día es común que ese tipo de información se refiera a países de altos ingresos, incluso aquellos que presentan altos índices de prosperidad económica y desarrollo humano. Los estados de bienestar altamente desarrollados de Europa Occidental no son la excepción.

Desde fines de la Segunda Guerra Mundial, los países europeos occidentales han intentado reducir la desigualdad socioeconómica o paliar sus consecuencias a través de la fiscalidad progresiva, programas de seguridad social y una amplia gama de prestaciones financiadas con fondos públicos, como vivienda, educación, sanidad y centros culturales y recreativos. No obstante, si bien estas políticas han conseguido reducir las desigualdades en ciertos ámbitos sociales y económicos, como el ingreso, la calidad de la vivienda y el acceso a los servicios de atención sanitaria, han sido insuficientes para eliminar las desigualdades en ámbito general de la salud.

Las series de datos tomados a lo largo de varias décadas indican que la brecha socioeconómica de la mortalidad se estrechó antes de los años 50, pero que ha aumentado de manera importante desde entonces. Más sorprendente es el hecho de que no necesariamente las políticas de bienestar más generosas se traducen en menos disparidades en términos de salud. Incluso los países nórdicos, líderes mundiales en lo referente a la creación de políticas de bienestar amplias y bien diseñadas que protejan a los ciudadanos a lo largo de sus vidas, enfrentan importantes disparidades en el ámbito de la salud, a pesar de que la desigualdad de sus ingresos es relativamente baja.

Es necesario advertir que los estados de bienestar modernos se encuentran lejos de abolir la desigualdad social: las disparidades del acceso a los recursos humanos y materiales siguen generando vidas altamente desiguales entre sus ciudadanos. Sin embargo, el objetivo del estado de bienestar nunca ha sido la redistribución radical de la riqueza, sino más bien crear una suerte de punto medio entre los intereses de empleadores y empleados, obreros y clases medias. Como resultado, sus efectos redistributivos son modestos.

Así, si bien las desigualdades en el ámbito de la salud se pueden explicar en parte por el fracaso del estado de bienestar, es necesario mirar a otro lugar para comprender su aumento (y revertirlo). Del creciente número de trabajos científicos sobre el tema han surgido dos posibles explicaciones: la movilidad social ascendente selectiva y la demora en la difusión del cambio conductual. En realidad, ambos factores están en acción.

A lo largo del siglo veinte la movilidad social aumentó a ritmo lento pero constante en todos los países de ingresos altos, lo que se refleja en que los logros educacionales y el estatus en el empleo dependen menos de los lazos familiares y más de las habilidades cognitivas y otras características individuales. Como resultado, los grupos de menor nivel socioeconómico no solo se han reducido en tamaño, sino que probablemente se hayan vuelto más homogéneos en términos de características individuales que eleven el riesgo de sufrir problemas de salud.

Más aún, quienes gozan de posiciones socioeconómicas más altas tienden a adoptar primero los cambios de hábitos y se muestran más dispuestos a abandonar conductas nocivas para la salud, como fumar tabaco y consumir alimentos con altos contenidos de grasas. Si se considera todo esto, las recomendaciones de cambios de conducta que promueven las autoridades sanitarias tienden a exacerbar las desigualdades de la salud, al menos temporalmente.

En muchos de los estados de bienestar de Europa Occidental existen importantes disparidades en el tabaquismo, la práctica de ejercicio físico, la alimentación y el consumo de alcohol. El sistema de bienestar, creado para combatir la pobreza, ha tenido menos eficacia contra las llamadas “enfermedades de la riqueza” como las cardiopatías y el cáncer de pulmón.

Todo lo anterior recalca la necesidad de dar con soluciones creativas a disparidades que deterioran de manera injusta e innecesaria las vidas de quienes menos tienen, generan enormes costes de atención sanitaria y suponen una barrera a una mayor participación en la fuerza laboral (poniendo obstáculos en algunos países a las iniciativas para elevar la edad de jubilación.)

En las últimas décadas, las políticas sociales en la mayoría de los países de Europa Occidental se han alejado de la redistribución. Se trata de un error, ya que en el largo plazo las consecuencias de este cambio (aumento de la desigualdad de los ingresos, redes de seguridad social más débiles y menor acceso a la atención sanitaria) agravarán las desigualdades en el ámbito de la salud.

De hecho, para mejorar los resultados en materia de salud en los grupos socioeconómicos más bajos es crucial adoptar más y mejores políticas redistributivas que den cuenta de los efectos de la movilidad social ascendente selectiva y los diferentes ritmos de difusión del cambio conductual. El apoyo al ingreso se debería complementar con programas de salud preventiva, al tiempo que la implementación de programas de educación en el campo de la salud podría ayudar a reducir el vínculo entre bajas habilidades cognitivas y una mala salud.

No basta con la igualdad del acceso a la atención sanitaria. Para reducir las desigualdades en los resultados en el ámbito de la salud se requiere una atención sanitaria más intensiva para los pacientes que provengan de estratos socioeconómicos bajos, diseñada para dar respuesta a sus necesidades y retos específicos. Por ejemplo, los ingresos por concepto de impuestos al tabaco, que afectan desproporcionadamente a los grupos de menores ingresos, se deben destinar al financiamiento de grupos de apoyo al abandono del tabaquismo que apunten a los fumadores menos favorecidos.

La importante y persistente desigualdad en el ámbito de la salud indica que, si se elevan los niveles de salud de quienes poseen menos ingresos o una menor educación, se podría avanzar muchísimo en la mejora de la salud general de la población. Hasta cierto punto, para esto serían necesarias reformas al sistema de bienestar, pero sus beneficios bien valdrían el esfuerzo.

(Johan P. Mackenbach is Professor of Public Health and Chair of the Department of Public Health at Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam and a member of the Royal Netherlands Academy of Ar…)

La vida más larga de los ricos (la salud del dinero)

- ¿Por qué los ricos son más sanos? (Project Syndicate - **19/6/13**)

(Por Clare Bambra) Lectura recomendada

Durham.- En 1842, el reformista social inglés Edwin Chadwick documentó la existencia de una discrepancia de 30 años entre la expectativa de vida de los hombres de las clases sociales más pobres y la de las clases altas. En la actualidad, los habitantes de las áreas más prósperas del Reino Unido, como Kensington y Chelsea, tienen una expectativa de vida 14 años mayor que los habitantes de las ciudades más pobres, como Glasgow.

Desigualdades como estas existen, en mayor o menor medida, en todos los países desarrollados. En Estados Unidos, con su sistema neoliberal, la situación de los más pobres es especialmente mala: en algunas ciudades estadounidenses (por ejemplo, Nueva Orleans), la diferencia de expectativa de vida alcanza los 25 años.

Comprender y reducir estas desigualdades sanitarias es todavía uno de los principales desafíos a los que se enfrentan en todo el mundo los encargados de definir políticas públicas. Y no se trata solamente de una cuestión moral, ya que este tipo de desigualdades conlleva importantes costos económicos. Pero sus causas son complejas y muy debatidas, mientras que las soluciones son difíciles de hallar.

La explicación más difundida sobre las desigualdades sanitarias se basa en los determinantes sociales de la salud, esto es, en los ambientes en los que vive y trabaja la gente. Las personas pudientes tienen mejor acceso a entornos favorables a la salud, por ejemplo, escuelas bien mantenidas con una buena oferta educativa, alojamientos de alta calidad y empleo estable en sitios protegidos y seguros. Pero las personas más pobres están más expuestas a entornos insalubres, tanto más expuestas, cuanto más pobres son.

A partir de este marco conceptual básico se han elaborado diversas teorías, cada una de las cuales explica la cuestión en modo diferente y propone distintas estrategias para reducir las desigualdades sanitarias. Por ejemplo, **el enfoque “cultural-conductista”** explica estas desigualdades sobre la base de diferencias en los comportamientos individuales y asegura que los pobres tienen más problemas de salud porque son más propensos a fumar, beber alcohol y comer alimentos menos saludables. Lógicamente, este punto de vista favorece el empleo de intervenciones tales como programas de educación sanitaria o servicios de ayuda para dejar de fumar dirigidos a sectores específicos.

**El enfoque “materialista”** se basa en una visión más amplia y sostiene que, básicamente, la gente más adinerada es capaz de adquirir una salud mejor porque tiene acceso a educación, atención médica y servicios sociales de mejor calidad. En consecuencia, los países que quieran reducir las desigualdades sanitarias deberían elevar el ingreso mínimo de sus ciudadanos más pobres y garantizar el acceso universal a los servicios públicos.

Por su parte, **las teorías “psicosociales”** ponen el acento en la experiencia psicológica de la desigualdad, esto es, en los sentimientos de inferioridad o superioridad derivados de las jerarquías sociales. Este punto de vista implica que es necesario lograr que los individuos y las comunidades más pobres se sientan productivos, valorados y capaces de tomar control de sus vidas, en vez de atrapados en una posición subordinada.

La perspectiva de **la “trayectoria vital**” combina varias teorías y sostiene que las desigualdades sanitarias surgen de la acumulación diferencial de ventajas o desventajas sociales, psicológicas y biológicas que comienza antes del nacimiento y se prolonga a lo largo del tiempo. Los partidarios de este enfoque demandan intervenciones tempranas que coloquen a los niños en una senda saludable, combinadas con una adecuada red de seguridad social que acompañe a los ciudadanos durante toda su vida.

Finalmente, la visión más abarcadora, la de **la escuela de “economía política**”, sostiene que las desigualdades sanitarias resultan de la estructura jerárquica de las economías capitalistas y las consiguientes elecciones políticas respecto de la distribución de recursos. Este análisis demanda el curso de acción más radical: desarrollar un sistema económico y social que distribuya en forma más igualitaria los recursos (especialmente la riqueza y el poder).

Puesto que hasta cierto punto todas estas teorías cuentan con respaldo científico, puede ser que a la hora de determinar qué estrategias deberían adoptar los gobiernos para reducir las desigualdades sanitarias, la política sea más importante que la ciencia. Después de todo, algunas de las soluciones posibles son políticamente más viables en un sistema dado que otras.

Por ejemplo, las intervenciones cuyo objetivo es cambiar los comportamientos individuales representan un desafío mucho menor para las estructuras de poder predominantes que otras iniciativas que demandan cuantiosas inversiones sociales o la revitalización de todo el sistema. Por eso, los gobiernos interesados en reducir la brecha sanitaria (como el del Partido Laborista en Gran Bretaña entre 1997 y 2010) suelen decantarse por adoptar ese tipo de intervenciones (relativamente más fáciles de implementar) que apuntan más a los efectos que a las causas.

Pero está demostrado que esta forma de reducir las desigualdades sanitarias es de eficacia limitada, y por eso casi nadie duda de la necesidad de emplear medidas más integrales. De hecho, la mayor parte de las mejoras sanitarias obtenidas a lo largo de los siglos XIX y XX se lograron mediante reformas económicas, políticas y sociales a gran escala.

En definitiva, las sociedades más igualitarias también son más saludables. Aunque incluso los países desarrollados más igualitarios tienen disparidades en materia de salud, todos sus ciudadanos gozan de mejores condiciones y viven más tiempo. En países socialdemócratas como Suecia y Noruega, los grupos más pobres y vulnerables son mucho más saludables y viven más que sus homólogos en países neoliberales como el Reino Unido o Estados Unidos. Aquellos países más igualitarios también han logrado un crecimiento económico comparativamente estable e inclusivo y altos niveles de vida. De modo que juzgando la cuestión desde un punto de vista neutral, está claro que la socialdemocracia es la mejor elección para todos.

(Clare Bambra, Professor of Public Health Policy and Director of the Wolfson Research Institute for Health and Wellbeing at Durham University, United Kingdom, is the author of *Work, Worklessness,*…)

Mala ciencia y mala fama (“vivos”, de milagro)

- Las malas prácticas de las farmacéuticas, desveladas (El Confidencial - **18/7/13**)

(Por Héctor G. Barnés) Lectura recomendada

“La medicina está en quiebra, y creo sinceramente que si los pacientes y el público en general llegaran a comprender plenamente el perjuicio que se les causa -consentido por médicos, académicos y entidades reguladoras- se indignarían”. De esta manera tan tajante comienza el psiquiatra y periodista Ben Goldacre su último libro, Mala farma (Paidós Contextos), en el que, sin caer en teorías conspirativas, denuncia las malas prácticas que la industria farmacéutica lleva a cabo y expone con profusión de datos en qué consisten.

Según explica el locuaz divulgador autor de *Mala ciencia: no te dejes engañar por curanderos, charlatanes y otros farsantes* (Paidós), los ensayos defectuosos e incompletos, las campañas de marketing exageradas y la complicidad de médicos y académicos ha provocado que el mercado de las medicinas se llene de una exagerada cantidad de productos cuyos efectos no han sido correctamente delimitados o identificados, lo que produce que no sepamos, en la mayor parte de casos, cuál es el mejor tratamiento. Una práctica que beneficia a la industria farmacéutica y que perjudica de manera sensible al paciente. El doctor explica a El Confidencial los detalles de este preocupante sistema.

Usted plantea que las farmacéuticas invierten una gran cantidad de dinero y llevan a cabo acciones que impiden que tengamos acceso a toda la información que necesitaríamos. ¿Cómo sería la medicina si dispusiésemos de esos datos?

Simple y llanamente, podríamos tomar mejores decisiones sobre qué tratamientos son mejores para los pacientes. Es verdad que es muy poco común que las medicinas que llegan al mercado hagan más mal que bien. Puede ocurrir, pero no es habitual. Lo que es mucho más común es la dificultad de saber cuál de los tratamientos que hay en el mercado es el mejor. Digamos que hay una droga que salva seis de cada cien vidas y otra que salva ocho de cada cien. ¿Cuál querrías? La que salva ocho vidas. El problema que existe en este momento es que mucha gente piensa que una medicina es mejor que otra equivocadamente por una combinación de pruebas mal diseñadas, estudios incompletos y ocultación de estudios. Resolviendo esas imperfecciones en la medicina podremos ayudar al paciente.

¿Ello quiere decir que estamos curándonos a base de placebos?

No, todo lo contrario. El problema es que todas estas medicinas son mejores que un placebo y que no hay suficientes investigaciones que identifiquen la utilidad de un medicamento frente a otro. Nos hemos permitido ser poco ambiciosos sobre la perfección de estos métodos. Nos contentamos con saber que una medicina es mejor que nada, pero muchas veces, “mejor que nada” es poner el listón muy bajo. Necesitamos averiguar cuál es el fármaco que cura a seis de cada cien personas y cuál cura a ocho de cada cien personas, y necesitamos asegurarnos de que los resultados se publican y se prescriben las mejores medicinas. El problema es que no estamos haciendo pruebas que comparen los mejores medicamentos disponibles, y sólo nos apoyamos en los estudios que dicen que los medicamentos son mejores que el placebo. En segundo lugar, permitimos que los resultados de algunos estudios no lleguen a los médicos, a los pacientes y al público. Eso no es aceptable.

Cuando hay una medicina que cura a seis personas y otra a ocho, hay dos personas que están muriendo. ¿Quién tiene la culpa de esas dos muertes?

Es la pregunta del millón de dólares. Hay un complejo ecosistema de problemas que se retroalimentan entre sí. La gente se quita las culpas emocionalmente, pero olvida que cuando permitimos que las imperfecciones entren en el diseño de nuestros estudios, esto afecta a gente real. Los números con los que trabajamos son mucho más que signos abstractos, ya que tratan de gente real, con sangre, carne y dolores reales. Yo soy médico y cuando estás en urgencias, tienes que salvar la vida de pacientes que están al borde de la muerte, y sabes que al otro lado de la cortina está su mujer, con la que ha estado casada 50 años y que lo ama profundamente y tienes que aprender a ignorar ese sufrimiento para poder hacer tu trabajo correctamente. Pero creo que cuando das un paso atrás y ves los problemas de la industria farmacéutica, te das cuenta de que quizá deberíamos obligarnos a hacer lo contrario y recordar que esos números no son abstractos, que detrás de ellos hay dolor y muerte. Si no hacemos nuestro trabajo correctamente, esa gente morirá y quizá lo podríamos haber evitado. Cuando enseño a los estudiantes epidemiología puedo ver cómo se duermen en clase, y hay que animarlos a recordar que todos esos gráficos sirven para salvar la vida de muchos bebés.

¿Significa eso que la industria farmacéutica ya no se esfuerza a la hora de diseñar nuevos productos realmente útiles?

No, porque al fin y al cabo, ese es su trabajo. El problema son las imperfecciones en el sistema, que les permiten exagerar los beneficios de los medicamentos cuando se los venden a los doctores y ocultan las pruebas que no les favorecen. Pero al mismo tiempo trata del gran problema de cómo atraemos la atención necesaria para solucionar estas imperfecciones. Todo el mundo se pone nervioso si dices “esta pastilla mató a un hombre”,  todo el mundo presta atención. Pero si dices “estas pastillas son mejores que nada, pero el sistema que hemos impuesto es muy imperfecto, por lo que no lo hacemos lo mejor que podemos así que la gente muere”, la gente presta menos atención. Pero las consecuencias son enormes, significativas y muy reales. Por supuesto que es mejor que nada, pero eso no es suficiente, y la gente se lleva a engaño. Si tienes una compañía que salva seis vidas de cien, aunque la otra gane ocho, puedes dormir bien por las noches, abrazar a tus hijos y sentirte como una buena persona porque dices “hey, he creado una pastilla que salva seis vidas de cada cien”.

¿No cree que esto es producto de una fe ciega en la ciencia? La gente considera que ya que los medicamentos han pasado el test de la ciencia, son buenos, y no se plantean que quizá no sean tan útiles como parece. ¿No se encuentra esto en la raíz del problema?

Diría más bien que la gente tiene una fe ciega en la cultura de las medicinas, lo que es un error. Pero no es una fe ciega en la ciencia, porque la ciencia en sí no es un problema. El problema es que hemos hecho mala ciencia, de forma incompetente e imperfecta. La academia nos permite apoyarnos demasiado en pruebas como resultados de análisis de sangre, o electrocardiogramas, en lugar de utilizar otro tipo de datos. No es un problema con la ciencia, sino con la gente que la hace. Hay gente en la industria que quiere tranquilizar al público y decirle que todos esos problemas se están solucionando en los despachos. Pero estamos al tanto de todos esos problemas desde 1986. ¡Eso son 27 años y no hemos hecho nada! Ya no tenemos el derecho de decir que lo estamos solucionando, y estoy muy contento de que desde que se publicó el libro, se ha creado un comité del parlamento de ciencias para solucionarlo y crear una campaña, AllTrials, que ahora apoyan todos los cuerpos académicos del UK y el Medical Research Council. Incluso GlaxoSmithKline (GSK), una de las grandes compañías farmacéuticas del mundo, firmó esa campaña.

Probablemente, es complicado para los gobiernos legislar contra los intereses de una industria tan poderosa como la farmacéutica.

Sí, por supuesto. Es decepcionante pero es verdad. Mira lo que ocurrió con la Food and Drug Administration Amendments Act de 2007 en Estados Unidos, que supuestamente obligaba a que todas las pruebas realizadas después de octubre de 2008 fuesen publicadas *online*, algo que en realidad, nunca ocurrió. Sólo se ha publicado el 22%, y no ha habido una multa para los que no han obedecido esta orden. Es algo muy triste, pero también es culpa de la cultura de la medicina, que no es lo suficientemente ambiciosa para solucionar estos problemas.

¿Qué porcentaje de culpa pertenece a los médicos, que en el libro salen bastante bien parados?

Los médicos no lo han hecho muy bien en algunos casos. Por ejemplo, algunos han fallado a la hora de hacer públicos los resultados de todos los estudios, o a la hora de animar a las compañías a hacerlo. También a la hora de formarse a sí mismos, ya que se han apoyado demasiado en lo que las compañías farmacéuticas les decían. Los pacientes tienden a olvidarlo, pero los médicos tienen que formarse a sí mismos durante 30 o 40 años después de dejar la universidad. El gobierno no hace nada, tienes que actualizarte tú, y mientras tanto, hay muchos cambios ocurriendo a tu alrededor. La mayor parte del entrenamiento es realizado por la industria y orientado hacia sus intereses. La realidad es que muchos médicos no piensan en su próximo paciente, piensan en la hora del almuerzo o en lo que harán cuando lleguen a casa.

¿Y la prensa, qué papel juega en ello?

Es muy fácil escribir historias sobre casos particulares de drogas letales que pueden llevar a la confusión. Mi último libro, *Mala ciencia*, iba de eso. Creo que a menudo confunden al público con problemas que en realidad son muy pequeños y al mismo tiempo fracasan a la hora de identificar problemas mayores, como este. Es muy difícil explicar esta clase de problemas. No tienes un paciente que ha muerto de un medicamento concreto, no hay un marido llorando porque su mujer ha muerto, sino que tienes un error que afecta a todo el sistema y que estadísticamente afecta a toda la población. Pero, por ejemplo, los economistas escriben sobre los problemas del sistema bancario sin tener que hablar de un banco en concreto.

En el libro, también aborda de qué manera se realizan pruebas con las personas más pobres o en países del Tercer Mundo. ¿Son nuestras cobayas?

Las pruebas cada vez se llevan a cabo con más frecuencia en países en vías de desarrollo, lo que conduce a delicados dilemas éticos, puesto que probamos medicinas en un sector de la población que nunca podrá comprarlas. Hay otro problema añadido, que es de qué manera podemos asegurar la fiabilidad de las investigaciones y los datos recogidos en países más caóticos, o con diferentes condiciones. ¿Es igual la depresión en Mumbai que en Long Beach o Barcelona? Seguramente no, y los resultados probablemente serán muy diferentes entre sí.

Estados Unidos: salud para ricos y salud para pobres (la “privatización” de la pobreza)

- La divisoria de los Estados Unidos en materia de atención de salud (Project Syndicate - **30/7/13**)

(Por J. Bradford DeLong) Lectura recomendada

Berkeley.- En 1883, el autoritario gobierno imperial del príncipe Otto von Bismark, a quien se debe esta famosa declaración: “Las grandes cuestiones de nuestro tiempo no se decidirán con discursos y votaciones mayoritarias (...) sino con sangre y hierro”, creó el seguro nacional de salud para Alemania.

La razón para la existencia de un seguro nacional de salud está tan clara ahora como lo estaba para Bismark hace 130 años. El éxito de un país -ya se calibre con la gloria de sus káiseres, la ampliación de su territorio, la seguridad de sus fronteras o el bienestar de su población- estriba en la salud de sus ciudadanos.

Las enfermedades graves pueden afectar a cualquiera y las personas gravemente enfermas, por lo general, no ganan mucho dinero. Cuanto más se tarde en tratar a las personas gravemente enfermas, más costosos llegarán a ser su tratamiento y su mantenimiento posteriores.

Por lo general, los ahorros privados pueden pagar los costos del tratamiento sólo en el caso de las personas ahorrativas y de las adineradas. Así, pues, a no ser que adoptemos la opinión de que quienes no tienen ahorros abundantes y caen gravemente enfermos deben morir rápidamente (y con ello disminuir el exceso de población), un país con un seguro nacional de salud será más rico y tendrá más éxito. Esos argumentos fueron enteramente convincentes para Bismark. Son igualmente convincentes actualmente.

El 1 de enero de 2014, los Estados Unidos aplicarán en parte una ley -la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (ACA, por sus siglas en inglés)- por la que no se creará un seguro nacional de salud, pero que, según las proyecciones de la Oficina Presupuestaria del Congreso, reducirá a la mitad el número de ciudadanos de los Estados Unidos carentes de seguro de salud. En 2009, el Presidente Barack Obama podría haber propuesto un programa tan amplio como el emprendido por Bismarck. Dicho programa podría haber permitido y fomentado la posibilidad -y haberle brindado carácter asequible- de que los americanos carentes de seguro contaran con un seguro de salud similar al que tienen los miembros del Congreso o podría haberse limitado a ampliar el vigente sistema Medicare para las personas mayores de 65 años de edad a fin de que cubriera a todos los americanos.

En cambio, Obama aportó su influencia en pro de la complicada ACA. La razón, como se explicó en 2009, fue la de que la base de la ACA era idéntica al plan que el ex Gobernador de Massachusetts Mitt Romney había propuesto y firmado como ley en ese estado en 2006: el “ObamaCare” sería el “RomneyCare” con una nueva mano de pintura. Al ser Romney el probable candidato del Partido Republicano a las elecciones presidenciales de 2012, pocos republicanos podrían votar contra lo que había sido la iniciativa legislativa propuesta y firmada de su candidato cuando era gobernador. Así, el Congreso de los EEUU promulgaría -se suponía- la ACA con mayorías importantes y votadas por los dos partidos y Obama demostraría que podía transcender la paralización partidaria de Washington.

Ya sabemos cómo fue. Ni un solo republicano votó a favor de la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible en la Cámara de Representantes. Una senadora republicana -Oympia Snowe, de Maine- votó a favor de ella en comisión, pero después cambió de bando, amenazó con acabar con ella mediante el filibusterismo parlamentario y votó en contra en el debate final.

En cuanto a Romney, se negó a reconocer parentesco alguno entre su proyecto de ley y la ACA, algo parecido a su negativa a reconocer detalles relativos a la participación en las Olimpiadas de 2012 de un caballo de doma que era de su propiedad.

Pero ahora se acerca el 1 de enero de 2014 y está a punto de aplicarse la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible... pero tal vez no en todas partes. En el sur y en otras regiones controladas por los republicanos, los legisladores se han negado a contestar las preguntas de los electores sobre cómo negociar la nueva y cambiada burocracia. También han denegado los dólares federales consignados para ampliar sus programas de Medicaid en el nivel estatal y se han negado a levantar un dedo para establecer los “intercambios” que deben conceder a las personas y a las empresas pequeñas el mismo acceso al seguro de salud con los precios competitivos que los empleados de empresas grandes mediante los departamentos de prestaciones de éstas.

En los estados “azules”, controlados por los demócratas, en los que vive el 60 por ciento de la población de los EEUU (y que representan el 70 por ciento de la renta nacional y el 80 por ciento de su riqueza), la aplicación de la ACA será probablemente la del RomneyCare en Massachusetts: un camino algo accidentado, pero con un éxito claro que nadie deseará revocar a posteriori, pero nadie sabe qué ocurrirá en los “estados rojos”, donde la infraestructura política republicana no está dispuesta a ceder.

¿Qué harán los médicos y administradores de hospitales en Phoenix, Kansas City, Houston y Atlanta después de haber hablado con sus colegas de Los Ángeles, Seattle, Minneapolis, Chicago, Baltimore y Nueva York, donde los gobiernos y las estructuras estatales están intentando conseguir que la aplicación de la ACA sea un éxito? ¿Compararán las condiciones en las que trabajan? ¿A qué candidatos apoyarán con donaciones y votos en las elecciones de 2014 y 2016? ¿Qué harán las enfermeras y los pacientes a los que se hayan denegado las prestaciones de la ACA?

El acaloramiento partidista de los Estados Unidos está a punto de intensificarse en los próximos ciclos electorales, cuando comience el juego de las acusaciones. Bismarck habría sabido de quién era la culpa.

(J. Bradford DeLong is Professor of Economics at the University of California at Berkeley and a research associate at the National Bureau for Economic Research. He was Deputy Assistant US Treasury S…)

Arranca el Obamacare: algunos estados promueven información sobre el nuevo sistema, otros no tanto

*“Es irónico que el mismo día que el gobierno federal estadounidense tuviera que cerrar algunas dependencias por falta de fondos, haya entrado en vigencia la parte clave de la reforma del sistema de salud, el llamado “Obamacare”, que era justo lo que los republicanos querían evitar con el pulso parlamentario que mantuvieron con los demócratas en torno al presupuesto…* EEUU: cierra el gobierno, nace el nuevo sistema de salud (BBCMundo - 2/10/13)

La mayor ampliación de un programa social federal desde que en 1965 se creara el Medicaid, para dar cobertura médica a lo más pobres, compartió la atención informativa con la suerte de casi un millón de empleados que quedaron automáticamente sin sueldo.

El pulso político sigue, con el gobierno cerrado pero con Obamacare funcionando, porque no depende de presupuestos anuales.

Como el resto del sistema de atención médica para retirados y los más pobres (Medicare y Medicaid), es un derecho adquirido y por tanto goza obligatoriamente de las asignaciones de fondos necesarias, al igual que pasa con la Seguridad Social.

Eso hace difícil de comprender para muchos por qué la bancada republicana se empeñó en bloquear el presupuesto federal y forzar un cierre del gobierno por primera vez en 17 años.

“Este cierre no es sobre déficits. No es sobre presupuestos. Este cierre es acerca de revertir nuestros esfuerzos por proveer seguros de salud a personas que no lo tienen. Todo es sobre revertir la Ley de Cuidados de Salud Accesibles”, dijo el presidente Barack Obama en la Casa Blanca usando el nombre oficial de lo que se considera es su mayor legado hasta ahora.

La ley fue firmada en marzo de 2010 por Obama luego de que fuera aprobada por la mayoría demócrata que había entonces en ambas cámaras del Congreso.

Desde entonces diferentes provisiones han ido entrando en vigor y, como estaba previsto, el martes 1 de octubre de 2013 empezó a regir lo que se considera su parte clave: las “bolsas de seguros de salud” con las que se espera que unas 30 millones de personas actualmente sin seguro puedan adquirir pólizas a precios menores, o en algunos casos subsidiadas, sin las limitaciones de cobertura o edad que solía haber.

La clave del éxito de las nuevas bolsas de seguros dependerá de cuánta gente logre atraer, sobre todo adultos jóvenes que suelen no adquirir pólizas por considerarse sanos y es justamente el sector social en el que se concentra el esfuerzo promocional del gobierno en el semestre de enrolamiento.

La Oficina de Presupuestos del Congreso de EEUU estima que en la fase inicial del sistema de bolsas, hasta marzo de 2014, unos 7 millones de personas contrataran coberturas y que para 2016 lo harán unas 25 millones más.

Para marzo de 2014 todo el que pueda adquirir un seguro de salud deberá tenerlo, en caso contrario, tendrá que pagar una multa.

### Cifras de la salud

* 82,6% ciudadanos asegurados
* 50% ciudadanos cubiertos por empresas
* 30% cubiertos por programas oficiales
* 17.4% sin seguros (57 millones de personas)

Fuente: Oficina del Censo de EEUU

## Críticas republicanas

Desde la promulgación de la reforma, los republicanos han intentado revertirla o al menos dejarla en suspenso, unas 43 veces con diferentes iniciativas en el Congreso. Todas han fracasado.

Para los republicanos la expansión del sistema de salud equivale a la expansión del gobierno y sus controles, incluyendo la creación de nuevos impuestos, algo a lo que se oponen por principio doctrinario.

Además, aseguran que algunas previsiones de la ley implican aumento de costos para las empresas y en algunos casos debilitan la calidad del empleo, porque muchas compañías prefieren reducir sus nóminas para evitar tener que cumplir con algunos aspectos de la reforma.

En el proceso de adaptación a la nueva ley, en los últimos meses varias grandes firmas han anunciado reducciones de horas de trabajo para su personal y la eliminación de seguros de la empresa para sus empleados para no caer bajo alguno de los nuevos mandatos.

Es previsible que los trabajadores afectados acudan ahora a las bolsas de seguro para tener cobertura médica a partir del próximo 1 de enero.

Con esos argumentos, en las presidenciales de 2012, el aspirante republicano Mitt Romney hizo del rechazo a la reforma sanitaria demócrata su principal punto de campaña, a la que bautizó como una “máquina de destruir empleos”.

Sin embargo, Obama fue reelegido y por eso los demócratas repiten que la ley cuenta con el respaldo del electorado, con la legítima sanción del Congreso y con el aval de la Corte Suprema, que este año determinó que era perfectamente constitucional.

Los demócratas se quejan de que en algunos estados con gobernadores republicanos no se ha puesto a disposición de los ciudadanos la suficiente información para que opten por el nuevo sistema.

La ley no funcionará igual en todos los estados, porque la Corte Suprema hizo opcional la participación de los estados en la expansión del plan de cobertura para los pobres, el Medicaid.

Solo 26 gobiernos regionales se han sumado al plan para subsidiar los seguros privados para quienes ganen hasta un 33% por encima de la línea federal de pobreza (US$ 31.322 para familias de 4 personas), el resto son estados con gobiernos republicanos que se negaron a participar.

Para muchos, la frustración no pasa por el pulso político en torno a la ley que se vive en Washington o el cierre del gobierno, sino por las dificultades técnicas que experimentaron cuando intentaron ingresar a los portales electrónicos donde pueden comprar los nuevos seguros.

En medio de la avalancha de informaciones sobre las consecuencias del cierre, algunos medios tuvieron espacio para reportar esos problemas, que muchos consideraron previsibles dado el alto tráfico registrado.

El propio presidente Obama los reconoció, aunque recordó que cuando recientemente Apple tuvo dificultades con un nuevo sistema operativo, “o solucionó” sin que alguien sugiriera que dejara de vender sus populares teléfonos iPhone o que alguien amenazara con cerrar la empresa.

El cierre de la administración pública desvió la mirada de lo que es la mayor ampliación de un programa social del gobierno federal estadounidense en medio siglo, un evento notable que en condiciones normales habría concentrado la cobertura periodística de la jornada.

Aunque vistas las complicaciones técnicas del estreno del sistema, quizá haya sido conveniente que la atención de buena parte del público estuviera copada por las preocupaciones en torno al cierre del gobierno.

Sin duda que, en condiciones normales, la noticia del día habrían sido esas dificultades en el acceso a los sitios web de las bolsas de seguros.

Aunque se trata de un problema técnico que con seguridad se solucionará en los próximos días, habría generado una andanada de críticas -sobre todo en medios de tendencia conservadora, como Fox News- sobre la supuesta falta de preparación del nuevo sistema.

Así que de alguna manera, el bloqueo político entre republicanos y demócratas en el Congreso, aunque pone en riesgo el crecimiento del país y las economías familiares de millones de estadounidenses, terminó haciéndole un favor a la reputación inmediata de Obamacare.

- La reforma se convierte en una realidad (El País - **6/10/13**)

(Por Paul Krugman) Lectura recomendada

Llegados a este punto, la crisis del sistema de Gobierno estadounidense ha cobrado viva propia. Algunos republicanos dicen ahora abiertamente que quieren concesiones a cambio de reabrir el Gobierno y evitar la suspensión de pagos, no porque tengan algún objetivo político en mente, sino simplemente porque no quieren tener la sensación de “que se les falta al respeto”. Y no se vislumbra el final de todo esto.

Pero este enfrentamiento empezó por un problema real: los intentos republicanos de impedir que Obamacare (la reforma sanitaria impulsada por Obama) entrase en vigor. Hace mucho tiempo que está claro que el gran temor del Partido Republicano no era que la reforma fracasase, sino que tuviese éxito. Y los acontecimientos que se han producido desde el martes, cuando se abrieron los mercados en los que la gente puede contratar un seguro sanitario, indican claramente que sus peores temores se van a confirmar sin lugar a dudas: esto va a funcionar.

Espere un momento, estarán diciendo algunos lectores. ¿Acaso las noticias que ha habido hasta ahora no han sido sobre los problemas técnicos con los ordenadores, sobre personas que se topan con una pantalla que les dice que los servidores están ocupados y que deben volver a intentarlo más tarde? En efecto, así ha sido. Pero todos los que están informados sobre el proceso esperaban algunos problemas iniciales y la naturaleza de los problemas de esta semana ha sido de hecho tremendamente alentadora para los defensores del programa.

En primer lugar, permítanme decir algo sobre la irrelevancia subyacente de los problemas que tienen al principio los nuevos programas gubernamentales.

El gran temor de los republicanos no era que la reforma fracasase, sino que tuviese éxito

En Estados Unidos, la información política, especialmente, pero no solo, en la televisión, tiende a centrarse en el comentario punto por punto. ¿Quién ha ganado el ciclo informativo de hoy? Y, para ser justos, este tipo de cosas pueden tener importancia durante los últimos días de unas elecciones.

Pero Obamacare no va a someterse a un referéndum popular, o a un refrendo de ningún tipo. Es la ley, y va a entrar en vigor. Su futuro dependerá de cómo funcione a lo largo de los próximos años, no en las próximas semanas.

Para ilustrar este argumento, piensen en Medicare Parte D, la subvención para medicamentos, que entró en vigor en 2006. Tuvo un comienzo que se consideró desastroso, con mayores que no tenían claro qué ayudas les correspondían, farmacias que a menudo se negaban a satisfacer demandas legítimas, problemas informáticos, y demás. Al final, sin embargo, el programa ha dado beneficios duraderos y quebraderos de cabeza a cualquier político que proponga que sea derogado.

De modo que los problemas técnicos de octubre no importarán a la larga. ¿Pero por qué son en realidad esperanzadores? Porque parece que, en la mayoría de los casos, son consecuencia del tremendo volumen del tráfico en Internet, que ha sido mucho mayor de lo esperado. Y esto significa que la gran preocupación de los defensores de Obamacare -que no hubiese suficiente gente que conociese el programa y, por tanto, muchos estadounidenses con derecho a acogerse a él no se inscribiesen- se está desvaneciendo rápidamente.

Por supuesto, es importante que la gente que quiera inscribirse pueda hacerlo realmente. Pero los problemas informáticos pueden solucionarse. Así que el 31 de marzo, cuando se cierre el plazo de inscripción de 2014, podremos estar razonablemente seguros de que millones de estadounidenses que antes no tenían seguro estarán cubiertos gracias a la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible. Obamacare se habrá convertido en una realidad, en algo de lo que depende la gente, en vez de ser una idea difusa que los republicanos puedan demonizar. Y será muy difícil suprimir esa cobertura.

Lo que todavía no sabemos, y es crucial para el éxito a largo plazo del programa, es quién se inscribirá. ¿Habrá un número suficiente de jóvenes sanos inscritos, que aporten un fondo común de riesgos favorable y mantengan las primas relativamente bajas? Tengan en cuenta que los colectivos conservadores se han gastado mucho dinero -y han hecho anuncios verdaderamente espeluznantes- en un intento de disuadir a la gente joven de que se inscriba para contratar un seguro. No obstante, las aseguradoras están apostando a que la gente joven sí se inscribirá, como demuestran las primas sorprendentemente bajas que están ofreciendo para el año que viene.

Y las aseguradoras probablemente estén en lo cierto. Para ver por qué los mensajes contra Obamacare probablemente estén condenados al fracaso, piensen en las personas de las que estamos hablando. Es decir, ¿quiénes son los individuos sanos sin seguro que es necesario que se acojan al plan? Pues bien, en su mayoría no son ricos, porque los jóvenes ricos suelen tener trabajos que incluyen la cobertura sanitaria. Y, en la inmensa mayoría de los casos, no son blancos.

En otras palabras, para obtener una descripción del tipo de persona que necesita el programa de Obamacare, tomen la descripción del típico miembro del Tea Party o telespectador de Fox News -mayor, rico, blanco- y pongan un “no” delante de cada característica. La maquinaria de los eslóganes de derechas no está configurada para dirigirse a estas personas, pero se puede llegar a ellas por muchos de los mismos canales, desde los anuncios en medios de comunicación de lengua española hasta los tuits de los famosos, que consiguieron votantes para Obama el año pasado. Tengo que admitir que la imagen de los conservadores radicales derrotados por un ejército de famosos tuiteros me resulta tremendamente atractiva; pero también es realista. El proceso de inscripción seguramente va a ir bien.

De modo que Obamacare ha empezado con buen pie, y hasta las malas noticias son noticias muy buenas para el futuro del programa. Todavía no hemos alcanzado la meta pero, cada vez más, parece que la reforma sanitaria ha llegado para quedarse.

(Paul Krugman, premio Nobel de Economía 2008, es profesor en Princeton - © New York Times Service, 2013)

- El “Obamacare” y la deuda (Libertad Digital - **6/10/13**)

(Por Carlos Alberto Montaner) Lectura recomendada

**Los republicanos se equivocan.** El Obamacare no tiene absolutamente nada que ver con el dulce socialismo europeo. Es una versión limitada del modelo suizo de salud, rabiosamente conservador y muy de acuerdo con un principio básico del liberalismo clásico: las personas deben ser responsables de sus vidas. Cada palo debe aguantar su vela.

**Los suizos tienen uno de los mejores sistemas de salud del mundo.** Es eficiente, rápido, y con un altísimo nivel científico. Todas las personas que viven en el país, incluso los ilegales, desde que nacen hasta que mueren, tienen que suscribir un seguro de salud en una de las 93 compañías privadas que lo ofrecen y compiten en precio y calidad. El Estado federal regula las prestaciones de esos seguros o cajas de enfermedad y los cantones los administran. Si alguien no puede pagar por el seguro, el cantón se ocupa de sufragar esos gastos.

El sistema de salud suizo no es barato. Consume aproximadamente un 12% del PIB nacional (que es la media de los países de ODCE), pero en Estados Unidos es casi el 18%, mientras las medicinas son las más caras del planeta. En Estados Unidos, además, hasta la promulgación del Obamacare, existía **esa vergüenza increíble** de las personas a las que se les negaba un seguro médico por padecer alguna enfermedad crónica, o se les exigía una cantidad inalcanzable de dinero por la prima. Eso es indigno de la primera economía del planeta.

**El Obamacare se parece mucho al modelo suizo**, pese a los defectos que posee. Es un claro error, por ejemplo, que los indocumentados no puedan adquirir ese seguro de salud. Ello implica que, cuando se enfermen y deban atenderlos en los hospitales públicos, algo absolutamente justificable, los gastos acabe por afrontarlos el conjunto de la sociedad. Por acosar y perjudicar a los indocumentados, los legisladores acaban acosando y perjudicando a los ciudadanos y residentes legítimos.

Algo muy parecido a lo que sucede cuando a los indocumentados les niegan o complican innecesariamente el acceso a la ciudadanía. Todos los estudios serios demuestran que las personas con ciudadanía plena crean más riquezas y ahorros que quienes padecen la incertidumbre de una residencia precaria y limitada. **Ser duro con los inmigrantes indocumentados** es la manera más veloz de quedarse tuerto por ver al otro ciego.

**Los demócratas también se equivocan**. Es una insensatez del Gobierno de Obama continuar endeudando al país. La deuda nacional ya anda por los 17 billones (trillions en inglés). Todos los días de Dios esa deuda crece en más de 1.800 millones de dólares. Ya excede al PIB nacional (16 billones o trillions). Invito al lector a entrar a [la web U. S. Government Debt](http://www.usgovernmentdebt.us/) para que vea en movimiento el cuadro de las finanzas públicas. Si no se asusta o deprime es porque padece una patológica indiferencia ante el horror o le han hecho una lobotomía radical.

Hoy los intereses son los más bajos de la historia y, pese a ello, de cada dólar que se paga por impuestos al Gobierno federal, veinticinco centavos van a parar a los tenedores de deuda pública. Si los intereses subieran al 5%, que se acerca a la media histórica, la mitad de los impuestos iría a pagar intereses. Como esa situación es impensable, dados los compromisos con la Seguridad Social, el Medicare y Defensa -los tres leones hambrientos del presupuesto-, habría que **aumentar los impuestos** y todo el aparato productivo disminuiría su capacidad de crear riquezas.

Pero los políticos no están locos ni son más irresponsables que los cocineros o los vendedores de camisas. Los políticos, como suele decir el diputado español Miguel Ángel Cortés, sólo son **“animales feroces que se alimentan de votos”**. Y estas peculiares criaturas responden a los intereses de corto plazo de sus electores. La estupidez keynesiana de que “a largo plazo todos estaremos muertos” no sirve de consuelo. Si no se frena esta locura, a largo plazo todos estaremos en la ruina. Algo que se parece a la muerte.

- El error fatal de Obamacare (Project Syndicate - **29/10/13**)

(Por Martin Feldstein) Lectura recomendada

Cambridge.- Obamacare, conocido oficialmente como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, es el programa de seguro de salud implementado por el presidente de EEUU Barack Obama y los congresistas demócratas a pesar de la oposición unánime de los congresistas republicanos. Fue diseñado para cubrir a los estadounidenses sin seguro público o privado de salud: aproximadamente el 15 % de la población de EEUU.

Quienes se oponen a Obamacare fracasaron en su intento por detenerlo en los tribunales y, más recientemente, en el Congreso. El programa fue entonces lanzado formalmente el 1 de octubre. Si bien se vio obstaculizado por una gran variedad de problemas informáticos y otras dificultades técnicas, es probable que esté en funcionamiento en algún momento de 2014.

La gran pregunta es si actuará como se pretende y si sobrevivirá permanentemente. Existe un grave riesgo de que no lo haga.

El posible error fatal de Obamacare es la propia característica que más atrae a sus partidarios: que incluso quienes tengan graves enfermedades preexistentes podrán asegurarse y pagar la prima estándar.

Esa característica fomentará que quienes no estén enfermos no contraten seguros, o incluso cancelen los que ya tienen, hasta que les diagnostiquen problemas médicos potencialmente costosos. El desplazamiento resultante en las inscripciones, de asegurados de bajo costo a otros que previsiblemente tendrán costos elevados, aumentará los gastos por persona de las aseguradoras y, con ellos, las primas que deberán cobrar. A medida que aumenten las primas, aún más personas relativamente sanas tendrán incentivos para abandonar sus seguros hasta estar enfermas, lo que aumentará aún más los costos y las primas promedio.

Con esta cuestión en mente, quienes diseñaron Obamacare decidieron que la adquisición del seguro sea «obligatoria». Más específicamente, los empleadores con más de 50 empleados tendrán que adquirir una póliza de seguro aprobada para sus empleados «a tiempo completo» después de 2014. Quienes no reciban el seguro de sus empleadores deberán contratarlo por sí mismos (y quienes tengan bajos ingresos recibirán un subsidio del gobierno).

Pero es poco probable que la obligación para los empleadores y el requisito personal resulten eficaces. Los empleadores pueden eludir la obligación reduciendo la cantidad de horas que trabajan los empleados a menos de 30 (la cantidad que la ley define como empleo a tiempo completo). Pero incluso en el caso de los empleados a tiempo completo, las empresas pueden optar por pagar una multa relativamente pequeña en vez de brindar el seguro. Esa multa es de $ 2000 por empleado, mucho menos que la prima promedio actual de $ 16000 para las pólizas familiares proporcionadas por los empleadores.

No brindar el seguro y pagar la multa es una opción particularmente atractiva para una empresa si sus empleados tienen ingresos que les dan derecho al subsidio gubernamental (que ahora está disponible para todas las personas cuyos ingresos se encuentran por debajo del cuádruple de la línea de pobreza). En vez de incurrir en el costo de una prima por una póliza aprobada, un empleador inteligente puede pagar la multa por no brindar el seguro y aumentar el pago a sus empleados lo suficiente como para que tengan más ingresos disponibles después de comprar la póliza de seguros subsidiada. Aún después de cubrir ambos pagos, los empleadores pueden quedar en una mejor situación financiera. Los informes presentados a través de las noticias indican que muchos empleadores ya están implementando esas acciones.

Pero el mayor peligro para la supervivencia de Obamacare es que muchas personas que no reciben seguros de sus empleadores elegirán no pagar el seguro por sí mismas y, en lugar de ello, pagarán el impuesto de tan solo el 1 % de su ingreso (que aumentará permanentemente al 2,5 % después de 2015). La alternativa elegida para esas personas es esperar a comprar el seguro cuando estén enfermos y enfrenten grandes gastos por servicios médicos.

La estrategia de esperar para asegurarse tiene sentido si la enfermedad es crónica, como la diabetes, o requiere cirugía, como el cáncer o una hernia. En cualquiera de esos casos, la persona podrá comprar el seguro después de recibir el diagnóstico.

Pero, ¿qué ocurre con problemas como un ataque al corazón o heridas por un accidente automovilístico? En esos casos, la persona no tendría tiempo para comprar el seguro de salud que permite la ley. Si no está asegurada, tendrá que enfrentar altos costos hospitalarios que podrían causarle graves dificultades financieras, o incluso impedirle recibir la atención necesaria. Todos quienes contemplen esa perspectiva pueden decidir abandonar la estrategia de espera e inscribirse inmediatamente.

Pero las empresas privadas de seguros podrían solucionar el problema a través de la creación de un nuevo tipo de “seguro de emergencia”, que tornaría innecesaria la inscripción y permitiría que las personas aprovechen la opción de esperar. Ese seguro cubriría los costos en los que el paciente incurriría después de un evento médico que no le diera tiempo a adquirir las pólizas ofrecidas a través de los intercambios de seguros de Obamacare. Los seguros de emergencia también cubrirían el costo de la atención hasta el período de “inscripción abierta” para la compra de seguros al final de cada año (si la presión política no conduce al rechazo de esa barrera temporaria al aseguramiento).

Este tipo de seguros es muy diferente de las pólizas con altos montos deducibles existentes. Dado el alcance extremadamente limitado y la naturaleza impredecible de las condiciones que cubriría, la prima por una póliza de ese tipo sería muy baja. No satisfaría los requisitos de amplia cobertura que exige Obamacare y obligaría a las personas a pagar la multa relativamente baja por la carencia de seguro y a incurrir en el costo subsiguiente de comprar una póliza completa en caso de necesitarla en el futuro. Pero la combinación de un seguro de emergencia con la estrategia de esperar para asegurarse aún sería financieramente preferible para muchas personas (cada vez más, a medida que las primas aumenten).

Los empleadores con gran cantidad de empleados a tiempo completo podrían alentar a sus compañías de seguros a crear las pólizas de emergencia. Podrían incluso decidir autoasegurar los riesgos de emergencia para sus empleados.

La opción de “esperar para asegurarse” podría causar que la cantidad de personas aseguradas disminuya rápidamente a medida que aumenten las primas de quienes mantengan sus seguros. En este escenario, el desmoronamiento de Obamacare podría conducir a una renovada presión política de la izquierda para implementar un sistema de atención sanitaria con contribuyente único, al estilo europeo.

Pero también podría generar la oportunidad para implementar un plan mejor: eliminar el actual y tremendamente caro subsidio a los impuestos para los seguros financiados por los empleadores, y usar los ahorros resultantes para brindar un subsidio universal para la compra de pólizas privadas de seguro integrales, con copagos relacionados con el ingreso. Esa reestructuración de los seguros lograría simultáneamente proteger a las personas, aumentar la movilidad laboral y ayudar a controlar los costos de la atención sanitaria.

(Martin Feldstein, Professor of Economics at Harvard University and President Emeritus of the National Bureau of Economic Research, chaired President Ronald Reagan’s Council of Economic Advisers fro…)

- Una guerra contra los pobres (El País - **3/11/13**)

Las bases republicanas son conscientes de que su condición de blancos es cada vez más minoritaria

(Por Paul Krugman) Lectura recomendada

Últimamente, John Kasich, gobernador republicano de Ohio, ha hecho algunas cosas sorprendentes. En primer lugar, sorteó a la asamblea legislativa de su Estado -controlada por su propio partido- para llevar adelante el programa Medicaid, financiado con fondos federales y una pieza importante de la reforma sanitaria de Obama. Luego, en defensa de su actuación, disparó contra sus aliados diciendo: “Me preocupa el hecho de que, en apariencia, se está librando una guerra contra los pobres. O sea, que si eres pobre es que, de alguna manera, eres un incompetente y un vago”.

Evidentemente, Kasich no es el primero en hacer esta observación. Pero el hecho de que venga de un republicano bien considerado (aunque, a lo mejor, ya no tanto), precisamente de alguien que tenía fama de ser un agitador de ideas conservadoras, es revelador. La hostilidad republicana hacia los pobres y los desfavorecidos se ha exacerbado hasta tal punto que en realidad el partido ya no defiende otra cosa, y solo un observador obstinado en su ceguera puede ser incapaz de verlo.

La gran pregunta es: “¿Por qué?”. Pero antes vamos a hablar un poco de qué está corroyendo a la derecha.

A veces aún veo a algunos expertos declarar que lo que mueve al Tea Party es básicamente la preocupación por los déficits presupuestarios. Fantasías. Lean el chorrero de Rick Santelli, de la CNBC: no hay ni una sola mención a los déficits. En cambio, sí una andanada contra la posibilidad de que el Gobierno ayude a los “perdedores” a evitar la ejecución de sus hipotecas. O lean las transcripciones de Rush Limbaugh o de otros invitados radiofónicos de la derecha. No contienen mucho acerca de la responsabilidad fiscal, pero sí acerca de cómo el Gobierno recompensa a los vagos que no lo merecen.

Los líderes republicanos intentan moderar un tanto su lenguaje, pero es cuestión más bien de tono que de contenido. No cabe duda de que les sigue enardeciendo la idea de asegurarse de que los pobres y los desafortunados reciben la menor ayuda posible, y de que -tal como lo expresó el diputado Paul Ryan, presidente de la Comisión Presupuestaria de la Cámara de Representantes- el colchón de protección social se está convirtiendo en “una hamaca en la que se acuna a gente físicamente sana para que vivan de la dependencia y la complacencia”. **Sus propuestas presupuestarias incluyen recortes salvajes de los programas de protección social como los cupones para alientos o el programa Medicaid.**

Toda esta hostilidad contra los pobres ha culminado con la negativa verdaderamente increíble de muchos Estados a participar en la ampliación de Medicaid. Recuerden que el Gobierno federal pagaría esta ampliación, y que el dinero que se gastase iría en beneficio de los hospitales y de la economía local tanto como de los receptores directos. Pero resulta que la mayoría de los Gobiernos de los Estados bajo control republicano están dispuestos a pagar un alto precio económico y fiscal para asegurarse de que la ayuda no llega a los pobres.

La cuestión es que las cosas no siempre han sido así. Retrocedamos por un momento a 1936, cuando Alf Landon fue nombrado candidato a presidente por los republicanos. En muchos sentidos, su discurso de investidura anticipaba temas que los conservadores hacen suyos hoy día. Se lamentaba de que la recuperación económica era incompleta y de la persistencia del desempleo elevado, y atribuía la debilidad crónica de la economía a una excesiva intervención del Estado y a la incertidumbre que, según él, esta provocaba.

Pero también dijo: “De la Depresión se desprende no solo la dificultad de la recuperación, sino también el problema igualmente grave de la protección de los desempleados hasta que se alcance la recuperación. Darles asistencia en todo momento es simplemente un deber. Nosotros, los miembros de mi partido, nos comprometemos a no descuidar nunca esta obligación”.

¿Pueden imaginarse a un candidato republicano decir algo así hoy día? Desde luego, no en un partido comprometido con la idea de que los desempleados lo tienen muy fácil; de que el seguro de desempleo y los vales de comida los tiene tan consentidos que no encuentran ninguna motivación para salir y buscar trabajo.

Entonces, ¿cuál es el quid de la cuestión? En un reciente ensayo, el sociólogo Daniel Little insinuaba que una de las razones es la ideología del mercado: **si el mercado siempre tiene razón, entonces la gente que acaba en la pobreza es porque merece ser pobre.** Y yo añadiría que algunos dirigentes republicanos representan en sus mentes fantasías libertarias adolescentes. “Es como si en este momento estuviésemos viviendo en una novela de Ayn Rand”, decía Paul Ryan en 2009. Pero, como afirma Little, también está el estigma que nunca se borra: la raza.

En un informe reciente citado en múltiples ocasiones, Democracy Corps, una organización de tendencias demócratas dedicada a los estudios de opinión, exponía las conclusiones de los grupos de debate con miembros de diferentes facciones republicanas. Descubrieron que las bases republicanas son “muy conscientes de su condición de blancos en un país en el que esto es cada vez más minoritario”, y que consideraban que el sistema de protección social ayuda a los otros, no a la gente como ellos, y vincula a la población no blanca al Partido Demócrata. Y, efectivamente, la ampliación del programa Medicare que muchos Estados están rechazando habría favorecido de forma desproporcionada a los negros pobres.

Así que es verdad que se está librando una guerra contra los pobres, coincidiendo con —y ahondando en— el padecimiento que ocasiona una economía con problemas. Y esa guerra es ahora el asunto central y definitorio de la política en Estados Unidos.

(Paul Krugman es profesor de Economía de Princeton y premio Nobel de 2008. © New York Times Service 2013)

**Gran aportación al debate: el análisis de Fedea sobre el sistema sanitario (lectura recomendada)**

- Gestión pública o privada de servicios sanitarios (I): elementos para un debate informado (Fedea - **22/12/12**)

(Por Sergi Jiménez conjunto con Juan Oliva -Presidente de la Asociación de Economía de la Salud)

La sanidad es el servicio público sistemáticamente mejor valorado por los ciudadanos. Dentro del discurso político de los últimos años ha sido un lugar común el referir la calidad de nuestro sistema sanitario aludiendo a sus buenos resultados en salud, a su bajo coste en comparación con lo de otros sistemas de nuestro entorno y a defender (aun cuando no se apuntara amenaza) a sus principios de universidad, solidaridad y equidad.

En realidad, aun siendo la asistencia sanitaria un pilar básico de nuestro Estado del Bienestar, la salud está plurideterminada por múltiples factores, de los cuales la sanidad es un elemento básico, pero no único, por lo cual no conviene olvidar la influencia del clima, la renta, la educación, o las decisiones individuales (hábitos) y colectivas (entornos y elementos institucionales), entre otros factores. En segundo lugar, el discurso sobre el bajo coste de nuestro sistema es puesto en duda por expertos en el tema. Es cierto que nuestro gasto, ajustado por renta, es inferior a la media de otros países europeos, pero lo que podría ser cierto respecto a países con sistemas sanitarios de una forma de organización diferente (modelo Seguridad Social como Francia o Alemania), deja de serlo cuando nos comparamos con países con modelos de naturaleza similar al nuestro (tipo Sistema Nacional de Salud: Suecia, Reino Unido o Italia). Es decir, gastamos más o menos lo que corresponde a nuestro nivel de renta. Una tercera cuestión, con la que cerramos esta breve entrada, es que, reconociendo la excelencia del capital humano que trabaja en el sector sanitario y la más que razonable dotación de medios físicos y técnicos e innovaciones en el mismo, desde hace tiempo se habían apuntado tensiones en nuestro sistema sanitario y muchas voces abogaban por abordar reformas sensatas. Cambios largamente retrasados pero que no podían seguir siendo aplazados indefinidamente si querían realizarse con calma, dado que la alternativa era afrontarlos con carácter de urgencia cuando la coyuntura económica fuera desfavorable.

Es útil señalar lo anterior para prevenirnos de discursos extremos en ambos sentidos, como “el sistema sanitario español es el mejor de los sistemas” o “la sanidad pública es fuente de ineficiencias y no es sostenible”.

La polémica que estamos viviendo en las últimas semanas ante las medidas de reforma sanitaria propuestas por el gobierno de la Comunidad de Madrid revela alguno de los peores rasgos de nuestro sistema y subraya que en modo alguno hemos cumplido con nuestros deberes. En la misma se confunde elementos básicos como la financiación con la provisión y con la gestión de los servicios y se mezclan mensajes que responden a elementos ideológicos pero no al conocimiento científico-técnico, lo cual pone de manifiesto la opacidad del sistema y la ausencia de normas de buen gobierno en la sanidad.

Centrando el discurso en la sanidad financiada con recursos públicos (las ¾ partes del gasto sanitario total en España), durante las dos últimas décadas hemos experimentado con todo tipo de fórmulas de gestión y cambios de formas organizativas. Así, dentro de la gestión pública sanitaria, hemos observado cómo en el campo de la gestión directa, modelos basados en enfoques de gestión tradicionales han convivido con otro tipo de gestión de carácter gerencialista aplicados en institutos y unidades de gestión clínica, y ambos con distintas fórmulas de entidades con personalidad jurídica diferenciada (entes públicos, consorcios, fundaciones, sociedades mercantiles públicas, organismos autónomos y entidades públicas empresariales), cuyo objeto era la búsqueda de una mayor flexibilidad en la gestión, al pasar del marco normativo público-administrativo (más rígido) al propio del derecho privado (más flexible). Junto a ello, han proliferado fórmulas de gestión indirecta en las cuales la provisión del servicio es realizada por una entidad privada, que puede tener o no ánimo de lucro, bajo la supervisión del financiador (público) del servicio y articulada mediante acuerdos contractuales de larga duración.

Dentro de las fórmulas de gestión indirecta cabe distinguir la experiencia de las Entidades de Base Asociativa (conocidas como EBAs, entidades de tipo cooperativa), fundaciones privadas (sin ánimo de lucro, muy comunes en Cataluña) y las sociedades mercantiles (entidades con ánimo de lucro y de titularidad privada). Dentro de estas últimas, cabe distinguir entre los conciertos y convenios efectuados para la prestación de servicios sanitarios (un tipo de colaboración público-privada de larga tradición en el medio sanitario español) y las más novedosas concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios (Private Finance Initiatives-PFIs en su acepción anglosajona) y las concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida (el llamado “modelo Alzira”).

Llegados a este punto, el lector avezado se preguntará qué modelo ha demostrado ser más ventajoso y en base a qué variables presupuestarias y de calidad asistencial (el balance coste-efectividad) se ha evaluado la bondad de los modelos o, cuando menos, cuáles son las fortalezas y la debilidades detectadas en cada uno de ellos. La respuesta, como el lector tristemente imagina, es que no se han evaluado. Dos décadas de experimentos en gestión directa (pública) o indirecta (privada), salvo en contados casos, no han conseguido ir más allá de cuestionadas narrativas de éxito. Resulta amargo constatar que para obtener algún conocimiento sobre la cuestión debemos recurrir a la literatura internacional. La principal conclusión de la reciente experiencia británica, bandera en experimentos de colaboración público privada, es que la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública…ni al contrario. Factores tales como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la adecuada supervisión por parte del financiador de la calidad del servicio prestado son los elementos a tener en cuenta cuando se analizan estos casos. Alternativamente, fomentar la competencia entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión), sí puede ofrecer mejoras en sus resultados.

¿Podemos permitirnos el lujo de gastar nuestros recursos en políticas públicas que no funcionan? La cuestión de fondo reside en que los principios rectores tradicionales del sistema sanitario- universalidad, solidaridad y equidad- necesitan ser complementados por otras normas de buen gobierno como son la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía, la participación de los agentes en las decisiones, la promoción y la defensa de una cultura de integridad, buenas prácticas y de ética profesional a todos los niveles y la consideración de criterios explícitos de eficiencia y calidad en la toma de decisiones, todos criterios ellos prácticamente ausentes (no parecemos aprender) de la cultura de gestión española.

Un gobierno sanitario que no avance en estos aspectos no podrá involucrar al resto de profesionales y sociedad civil en la compleja tarea de avanzar en la solvencia del sistema sanitario. Recortes indiscriminados conllevan una erosión de la calidad del sistema y el desapego de los profesionales. Políticas no justificadas arriesgan la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario público y hacia sus representantes. Un lema repetido hasta el absurdo en los últimos tiempos es que hay que tomar decisiones valientes. Y probablemente sea cierto. Pero no menos cierto es que ante todo deben primar las decisiones inteligentes e informadas previamente por el conocimiento científico y técnico disponible.

Este post inicia una serie de artículos que tratan de aportar luz sobre la cuestión tratada para, sin obviar la dificultad de la tarea, contribuir al debate sobre la misma. En una próxima entrada se aportará la escasa evidencia sobre gestión pública y gestión privada. Seguirán otras entradas que valorarán en profundidad las opciones existentes.

- Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión (Fedea - **27/12/12**)

(Por Sergi Jiménez, con Salvador Peiró, Centro Superior de Investigación en Salud Pública y Ricard Meneu, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud)

El presente post es el segundo en la serie sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios (enlace al primer post). El mismo describe una de las pocas evidencias sobre la eficiencia relativa de ambas opciones, aplicado al caso de la Comunidad Valenciana.

Decisiones, riesgos y cápitas

La decisión del gobierno de la Comunidad de Madrid de externalizar la gestión de la actividad sanitaria en seis hospitales utilizando el modelo de concesión ha propiciado declaraciones sin cuento. Macbethianamente, declaraciones llenas de ruido y de furia, que no significan nada. Y ello porque la mayoría de afirmaciones sobre la mayor o menor eficiencia del modelo de concesión propugnado se lanzan sin datos que las avalen. La tan esforzadamente lograda (y reiteradamente denunciada) opacidad del conjunto del SNS facilita la algarada, pero restringe la posibilidad de adoptar decisiones informadas. No es que apenas existan datos sobre los “otros” hospitales, es que tampoco se difunden los referidos a hospitales de gestión directa (con excepciones meritorias, como la central de balances y la de resultados en Cataluña). En este comentario intentaremos escapar de esta dinámica explorando algunas evidencias empíricas a partir de las limitadas fuentes de datos disponibles.

Para aproximar el comportamiento de las concesiones frente a los hospitales de gestión directa por la administración (GDA) hemos utilizado los datos correspondientes a la Comunidad Valenciana de un trabajo recientemente aceptado para su publicación en Presupuesto y Gasto Público. Incluye las 23 áreas de salud existentes en la Comunidad Valenciana en 2009, año en que había 19 áreas servidas por 22 hospitales bajo GDA, 2 que venían siendo atendidas por otros tantos hospitales bajo modelo de concesión, y otras 2 áreas que pasaron de gestión directa a concesión durante ese año, por lo que las hemos excluido del análisis.

Desde la perspectiva poblacional -la relevante para el pago capitativo- controlar el gasto hospitalario no pasa (sólo) por reducir el coste unitario de cada hospitalización sino también el número de hospitalizaciones, ya que un aumento de las hospitalizaciones podría disipar los pretendidos ahorros por reducción del coste unitario de cada una de ellas. También importan las decisiones sobre qué pacientes derivar a centros de referencia, que repercuten enormemente sobre el gasto hospitalario por habitante, no solo por la particular eficiencia de esos centros, si no especialmente por la mayor complejidad -y mayores costes unitarios- que intrínsecamente incorporan.

Con la información utilizada en esta exploración -resumida en la tabla 1 y el gráfico 1 adjuntos- el titular inicial de que el coste por ingreso en las concesiones es un 18,4% inferior que el de los centros de gestión directa distrae la atención del dato, más relevante por ser el gasto en que realmente se incurre, de que ambos modelos son prácticamente equivalentes en gasto hospitalario per cápita. De hecho, en los territorios analizados, el gasto hospitalario total por habitante es un 7,5% mayor (49,1 euros por habitante) en las áreas servidas por concesiones que en las de gestión directa.

**Tabla 1. Tasas de ingresos, costes y gasto hospitalario de los Departamentos bajo modelo gestión directa y concesión. Comunidad Valenciana. 2009**

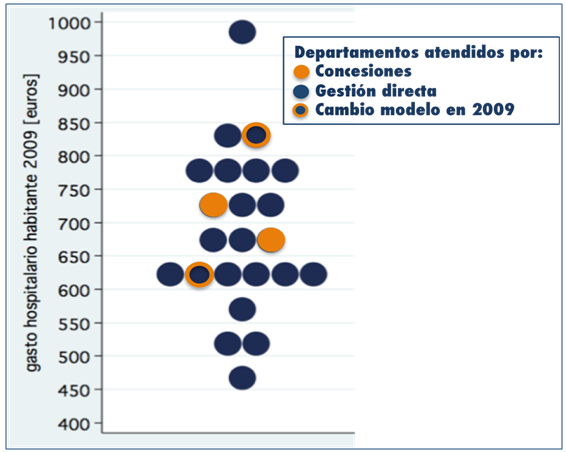
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gestión Directa | Concesión | Diferencia | |
|  | € | % |
| Ingresos por 100 habitantes1 | 9,73 | 11,84 | 2,11 | 21,7% |
| Coste ingreso (hospital)2 | 6836,9 | 5578,0 | -1258,9 | -18,4% |
| Coste ingreso (poblacional)1 | 6769,3 | 5925,2 | -844,1 | -12,5% |
| Gasto habitante poblacional1 | 658,5 | 707,6 | 49,1 | 7,5% |
| 1Contabilizados en función del departamento de residencia del paciente con independencia del hospital donde ingresó; 2contabilizados en función del hospital donde ingresó el paciente con independencia del departamento de residencia. | | | | |

Así, si se atiende a los costes por hospitalización es tentador calcular una cápita que incorpore un descuento del orden de la magnitud señalada, un 20%, trasladando a la concesión los riesgos de su logro. Sin embargo esa decisión puede resultar arriesgada si la posibilidad de su consecución resulta remota a la vista del comportamiento global del gasto en que se incurre: menor coste por hospitalización acompañado de una mayor proporción de hospitalizaciones se traduce en mayor gasto hospitalario per cápita.

Puede argüirse que ese sería un problema de la concesión, dada la transferencia de riesgo operada. Lo que quizás sea cierto en el mejor de los mundos posibles, pero poco verosímil en el que habitamos. En el territorio considerado en esta nota ya se produjo un rescate de la primera concesión, que llevó a la rescisión del “modelo Alzira” inicial y su “perfeccionamiento” ampliando su ámbito desde la hospitalización hasta la Atención Primaria y la Salud Mental. Estos días la prensa informa que otra de las concesiones ha solicitado también su “rescate”, bien sea duplicando el periodo de la concesión, ampliando la población a atender o bien incrementando la cápita pactada por la vía de incorporar más servicios a cambio de un nuevo precio, ciertamente, superior.

En todo caso, y para ir apuntando conclusiones, los datos analizados sugieren que los menores costes por ingreso de las concesiones parecen tener relación con una mayor tasa de ingresos hospitalarios (división de los costes fijos entre un mayor número de unidades) y no son suficientes para superar a los hospitales de gestión directa en gasto hospitalario por habitante, la variable relevante para el financiador público. Otros datos, en especial la variabilidad en gasto hospitalario por habitante bajo cualquier modelo de gestión, apuntan hacia que ambos modelos tienen importantes espacios de mejora de la eficiencia (reduciendo costes por ingreso o reduciendo ingresos hospitalarios) y sugieren que **buscar desprejuiciadamente las formas de mejorar la eficiencia de todos los centros y reducir la variabilidad entre territorios puede ser más importante que el modelo de gestión elegido.**

**Figura 1. Gasto hospitalario per cápita y tipo de gestión. Comunidad Valenciana. 2009**

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/figurapostgestion.png)

Algunas explicaciones sobre las fuentes de datos y los cálculos realizados

Las fuentes de datos empleadas en el estudio referenciado fueron la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de internado (EESRI), el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) y el Padrón. La aproximación base fue desarrollada desde el Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS para analizar las variaciones en gasto hospitalario público entre áreas de salud. En el artículo “El gasto hospitalario poblacional: variaciones geográficas y factores determinantes” publicado en Presupuesto y Gasto Público, se explica la metodología usada y se reportan los resultados para 106 áreas de salud en 2002. Una actualización de dicho estudio, con datos referidos a 2009 e incluyendo la totalidad de las 199 áreas de salud del SNS se publicará en un próximo número de la citada revista. En dicho año, la mediana de gasto hospitalario por habitante fue de 804 euros, y la variabilidad entre áreas fue de 512 a 1248 euros por habitante (estandarizado por edad y sexo para permitir las comparaciones entre territorios con estructuras demográficas diferentes). Prácticamente, el doble de gasto y la misma variabilidad entre territorios que 7 años antes. En ambos periodos la tasa de ingresos hospitalarios en cada territorio (Q) explicaba más varianza en gasto por habitante que el coste de cada ingreso (P).

Concluyendo, hay que señalar que: 1) las fuentes utilizadas fueron diseñadas para otros usos y tienen importantes limitaciones, 2) los resultados no son generalizables a otras CCAA o a otros hospitales que, aun bajo la mismas etiquetas (concesión, GDA), pueden comportarse de forma muy diferente y, 3) los costes no son lo único que importa al evaluar la atención hospitalaria que requiere de la valoración adicional de la calidad de la atención recibida.

- Los conflictos sanitarios pasan, los daños permanecen. La conveniente mejora del gobierno y de la organización sanitaria (Fedea - **2/1/13**)

(Por Sergi Jiménez, con Vicente Ortún)

El presente post es el tercero en la serie sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios. El mismo presenta un diagnóstico de la situación y se enumeran algunas orientaciones para su mejora.

Buen sistema, pronóstico reservado

Cuando se pretende calificar el sistema sanitario español puede encontrarse un indicador para cualquier posición: desde el liderazgo galáctico en trasplantes hasta la muy vergonzante elevada prevalencia de resistencias bacterianas. Pero si se pretende hacer una valoración honesta de su eficacia será fácil coincidir en fijarse en las causas de muerte innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, las más sensibles a la actuación sanitaria: Entre 19 países seleccionados de la OCDE según este trabajo publicado en Health Affairs solo Japón y Francia nos superan.

Lamentablemente una buena situación es compatible con un mal pronóstico si el deterioro institucional -bastante evidente- impide que lo socialmente conveniente sea individualmente atractivo para los actores del sistema y si una oferta esclerótica no permite gestionar la utilización (también conocida como morbilidad).

Algunos de los aspectos más indeseables del actual gobierno sanitario (escasa rendición de cuentas, opacidad de funcionamiento y formas peculiares de participación) pueden rastrearse en los orígenes totalitarios de la génesis de nuestro sistema de salud; otros, aunque comparten origen, parecen haberse exacerbado durante la andadura constitucional, especialmente desde la culminación del proceso transferencial en el año 2002.

En la determinación de la eficiencia del gasto sanitario las cantidades de visitas, ingresos, medicaciones…y, muy particularmente su adecuación, tienen mayor importancia que los precios. Salvador Peiró y Ricard Meneu destacaban este hecho en una entrada anterior como, con mucho mayor detalle, en el artículo de Presupuesto y Gasto Público que referían.

¿Qué organización es mejor?

¿Cuál es la mejor forma de establecer quién hace qué, cómo se evalúa y cómo se incentiva? En sectores sometidos a competencia, la organización que mayor ventaja competitiva otorga puede inferirse a partir de los resultados observados. En decisiones públicas de política sanitaria, relativas por ejemplo al grado de énfasis a otorgar a la atención primaria o a las formas más adecuadas de gestión directa o indirecta, resulta difícil esperar dictámenes de unos mercados que no existen. Cabe, como siempre, copiar –adaptando- de quienes mejor lo han hecho en gestión pública durante estas dos o tres últimas décadas y tratar de ir aprendiendo por ensayo y error. Ello supone tanto propiciar formas alternativas de organizarse, huir del modelo único (si todos hubiéramos fumado probablemente no sabríamos todavía que el tabaco es un factor de riesgo del cáncer), para poder comparar, ajustando por las variables que las organizaciones evaluadas no controlan.

Los mecanismos de competencia pública y competencia simulada que parten de la separación de la función de financiación y compra de la función de producción y gestión se articulan en España por Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud y en 1990 en Cataluña a través de su Ley de Ordenación Sanitaria. De las primeras se huye ahora, reconvirtiendo centros acogidos a esas modalidades en concesiones ajenas a tales diseños. En cuanto a la separación de funciones, incluso en Cataluña tiene todavía mucho componente virtual: El discurso reiterado acerca de la separación entre financiación y producción puede hacer creer que ya se ha producido cuando la realidad ha sido la contraria, la de una mayor integración entre financiación y producción por, primero, una creciente dependencia de la financiación pública, segundo, la incorporación del financiador/planificador a los órganos de gobierno de los centros productores de servicios sanitarios, y, tercero, por la presencia e influencia de los centros productores en los órganos de asesoría y consulta del financiador/planificador.

Indicaciones del incentivo de lucro

El lucro se presenta bajo diversas modalidades siendo el absentismo, el bajo rendimiento, y el escaqueo una de ellas, pero es la titularidad de los derechos de decisión y la apropiación de las rentas residuales la que crea el continuo entre organizaciones radicalmente privadas y organizaciones radicalmente públicas (titularidad pública y no apropiación de rentas residuales). Guillem López, hace ya diez años, dirigió un libro sobre el Interfaz Público-Privado en Sanidad. En uno de sus capítulos se partía de las indicaciones del beneficio (premio a la eficiencia, estímulo de la innovación y el riesgo) para constatar su dominio total de la industria suministradora del sector sanitario pero sus limitaciones claras en otras funciones sanitarias. Un gran mecanismo de incentivación, como los beneficios, ha de ser manejado con extrema precaución aunque se reconozca que el uniformismo imperante resulta injusto y desestimulante. La mayor prevalencia mundial de organizaciones sanitarias sin finalidad lucrativa puede indicar una mejor adaptación a lo que la población espera del cuidado de la salud.

Autonomía responsable y competencia por comparación

**Ni Educación ni Sanidad exigen que sus profesionales sean funcionarios**. Conviene respetar los derechos adquiridos e ir introduciendo gradualmente formas flexibles de contratación abiertas al mundo y a cargo de tribunales internacionales. En un contexto inglés de hospitales en competencia, con buenas medidas de desempeño, se estudiaron los determinantes de una buena gestión. Los resultados indicaron que las mejores prácticas gestoras están asociadas con mejores resultados, incluyendo menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mejores resultados financieros, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad. La incorporación de una variable instrumental de tipo político permitió establecer causalidad y su sentido: mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión.

**No se trata ni de competir en precios (sacrificando las calidades que el usuario no percibe) ni de realizar experimentos a prueba de fallos, por el interés del promotor político en que luzcan bien, sino de ir introduciendo la idea de que los recursos que una organización sanitaria reciba dependerán, de entrada en una mínima parte, de la calidad que ofrezca en relación a sus comparables.**

En países como España, con captura regulatoria, nula competencia por comparación y escasa transparencia no es el momento de plantearse, por ejemplo, concesiones que sobre el papel merecerían ser ensayadas…si se dieran condiciones “holandesas”. Algunas experiencias de colaboración público-privada denotan una fusión cuasi-peronista entre lo público y lo privado que, sin transparencia, son recibidas con enorme desconfianza por ciudadanos y profesionales. Tal como refería Luis Garicano en un artículo reciente de El País, en relación con la no-reforma del sector eléctrico, el precio de la energía o el rescate del Banco de Valencia. Como dicen Ricard Meneu y Salvador Peiró en su entrada, se trata de buscar desprejuiciadamente las formas de mejorar la eficiencia en todos los centros y reducir la variabilidad arbitraria intrarregional puede ser más importante que el modelo de gestión elegido.

Mejor política para una mejor gestión pública

En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los déficits, no solo los presupuestarios o los exteriores, sino también los de legitimidad y transparencia. España tiene un problema con su gestión pública. Y la mejor literatura sobre desarrollo lo corrobora: Será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la administración. La Central de Resultados en Cataluña marca un buen precedente.

El sistema sanitario afronta dos grandes retos: lograr su deseabilidad por los importantes grupos de ciudadanos aún desafectos (los que votan con los pies, rehuyendo su cobertura, tanto con ﬁnanciación privada como con la privilegiada pública con capacidad de elección) y garantizar su solvencia, concepto más relevante que la macerada “sostenibilidad”. Ambas exigen proveedores más autónomos, que permitan el desarrollo de una competencia por comparación y el pago por resultados sobre una base de ﬁnanciación poblacional, estimuladora de la continuidad asistencial y la integración, real o virtual, entre niveles asistenciales, con el criterio guía de atender cada circunstancia en el lugar y por el profesional con mejor capacidad resolutiva.

Existen muchas formas organizativas intermedias entre las rabiosamente públicas y las rabiosamente privadas, respecto a las cuales la estrategia de radicalismo selectivo, el ensayo y el error, continúan siendo una alternativa más válida que la uniformidad inmovilista inane e indiferente a los cambios sociales. El mejor gobierno de la empresa pública sanitaria requiere:

• Un grado suﬁciente de competencia referencial entre productos o servicios.

• Objetivos claros y medidas de eﬁciencia: central de resultados, central de balances y similares, transparentes, con auditorías a posteriori.

• Presión de los usuarios, que pueden conseguir que las organizaciones sufran los costes de la “no calidad” o, como mínimo, de su componente subjetiva.

• Que ese buen gobierno tenga importancia “económica” para el país, comparable, por ejemplo, a la de la Agencia Tributaria o a la de Instituto Nacional de la Seguridad Social, convertidas en joyas de la Administración durante estos últimos 20 años.

• Separar la función del Estado como propietario de la función del Estado como regulador: la ﬁnanciación ha de ser competitiva. Existencia de una agencia que represente la propiedad del Estado, que responda ante el parlamento, lo que evita tanto el implicarse en la gestión diaria como la pasividad.

• Consejo de administración profesional, independiente, basado en capacidades.

• Proceso público y meritocrático de contratación de directivos.

- La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia delante? (Fedea - **10/1/13**)

(Por Sergi Jiménez. con Beatriz González López-Valcárcel)

El presente post es el cuarto en la serie sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios. En el mismo Bea incide en el debate de la privatización y sus innumerables aristas.

El actual debate sobre la “privatización” de la sanidad (provisión privada de atención sanitaria a la población cubierta por el aseguramiento público) levanta pasiones, preocupa a la sociedad y divide a los políticos. En los post anteriores se ha argumentado que: a) no debe ser cuestión de ideología, sino de quién consigue mayor eficiencia social; b) no hay soluciones universales, sino óptimos locales; c) las barreras de información, particularmente graves en España, impiden o dificultan las comparaciones; d) la competencia por comparación es muy saludable en un sector como el sanitario en el que los instrumentos de mercado son intrínsecamente limitados; e) la diversidad organizativa puede enriquecer al sistema sanitario, aportando frentes por los que avanzar y referentes de comparación para los centros. En este post profundizamos sobre algunos de los aspectos del debate.

Eficiencia de gestión vs. eficiencia social

¿Los proveedores privados son más eficientes que los públicos? Como se ha expuesto en el primer post, no hay evidencia empírica suficiente ni consistente para comparar su eficiencia de gestión. Mucho menos para comparar su aportación a la eficiencia social.

Entre eficiencia y deficiencia solo cambia una letra, pero de la eficiencia de gestión a la eficiencia social puede mediar un abismo. Y lo que importa es la eficiencia social, porque la atención sanitaria, al fin y al cabo, es solo un medio para conseguir salud, y no un servicio con utilidad intrínseca. Esta obviedad, leit motiv del artículo pionero de Arrow, implica que un hospital no es más eficiente por realizar más cirugías robotizadas con menor coste medio de producción. Si esas intervenciones no son necesarias, no mejoran la salud de los pacientes, o les hacen daño, no aportarán valor. Si un hospital es muy productivo (consultas por minuto) atendiendo a pacientes diabéticos pero éstos podrían controlarse desde otros niveles asistenciales a menor coste con igual resultado, no hay eficiencia social aunque el hospital pueda exhibir una meritoria eficiencia de gestión.

El gasto es solo gasto

En sanidad, muchas veces más es menos. Se ha demostrado sólidamente que las áreas de Estados Unidos donde el gasto sanitario es más alto no tienen mejores resultados de salud. En España, segundo país del mundo en consumo de medicamentos, hay unos 300.000 ingresos hospitalarios al año debidos a problemas relacionados con los medicamentos, la mitad de ellos evitables. Hemos duplicado el gasto sanitario público nominal entre 2002 y 2008. La ejecución de planes de choque para aumentar las infraestructuras sanitarias en las comunidades autónomas transferidas en 2002 y la mejora de condiciones económicas y laborales a los profesionales, debidas en parte a los desajustes entre oferta y demanda provocados a su vez por aquel shock de demanda, contribuyen a explicar ese aumento del gasto.

Pero el gasto es solo gasto. Gracias a la crisis, ha aumentado el porcentaje de PIB destinado al gasto sanitario público. ¿Buena noticia? Puesto que esto se debe a la caída en el denominador, solo un ciego intelectual diría que lo es. Tras esa década prodigiosa de expansión del gasto sanitario público, se imponen las restricciones.

Vías de mejora de la eficiencia social de la sanidad, gestión privada y configuración organizativa

Se puede mejorar la eficiencia social de la sanidad: a) cambiando la función de producción de atención sanitaria a nivel micro, de abajo arriba, revisando procedimientos; b) redefiniendo la cartera de servicios cubiertos por el aseguramiento público con criterios objetivos de coste-efectividad y equidad, mejor si lo hace una agencia independiente, que incluso podría abarcar otras patas del Estado del Bienestar; c) redefiniendo la función de producción macro mediante estrategias de cronicidad y otros rediseños organizativos.

En España, como en otros países, hay un amplio margen de mejora de la eficiencia mediante cambios en la práctica clínica, dejando de hacer procedimientos inútiles, cambiando la forma de hacerlos, o reasignándolos a otros profesionales con menores costes laborales. Esta estrategia de desinversión selectiva, en la que están empeñadas muchas asociaciones y grupos profesionales en otros países, requiere liderazgo profesional.

La medicina moderna ha parcelado la profesión en especialidades y niveles asistenciales, que pueden conseguir eficiencia de gestión externalizando costes hacia otros niveles asistenciales. De ahí que uno de los retos fundamentales del sistema sanitario sea integrar y coordinar la asistencia, atendiendo cada problema en el nivel adecuado. Dado que la mayor morbilidad es por enfermedades crónicas, una estrategia de cronicidad parece razonable para mejorar la efectividad (salud poblacional) y reducir costes.

La cuestión clave es qué tipo de organización de provisión sanitaria facilita más esas vías de mejora. Obviamente, para las estrategias de desinversión selectiva hacen falta profesionales motivados. Revisar el estatus funcionarial de los profesionales sanitarios resulta tan esencial como difícil.

Las fórmulas de financiación -cómo se paga a los centros y a los profesionales- son un elemento clave del diseño del sistema sanitario. En principio, los proveedores integrados financiados por resultados de salud y calidad de la atención (el llamado P4P, Pay For Performance) tenderán a maximizar la salud conseguida, que es el argumento de la función de bienestar social, y no la rentabilidad o la actividad de cada uno de sus centros aisladamente, desentendiéndose de los costes externos -derivaciones innecesarias, por ejemplo- que generan. En este sentido, tiene más lógica la financiación poblacional capitativa a redes integradas de proveedores, ajustando por riesgos comunitarios, que pagar a los hospitales aisladamente por actividad. Es decir, el modelo Alcira en su versión post 2003 parece mejor enfocado a la eficiencia social que la mera privatización a la madrileña de la gestión de los hospitales, aislados del resto de proveedores de atención sanitaria y sociosanitaria.

Déficit público y tensiones en el gasto sanitario. La privatización como huida hacia delante. El corto y el largo plazo

La insuficiencia financiera de la sanidad en España no es nada nuevo. De hecho, una mirada hacia atrás nos muestra un largo recorrido de indisciplina financiera acumuladora de déficits, y cambios de modelo de financiación sanitaria acompañados de inyecciones de fondos estatales para tapar agujeros. La diferencia es que ahora no se puede acumular déficit público. El gobierno de Madrid tiene incentivos para desplazar el déficit fuera de sus presupuestos, privatizando la gestión sanitaria de sus centros con financiación por debajo del coste de producción propia, y tal vez por debajo del coste de producción de los propios hospitales contratantes, bajo el argumento mántrico de que “la privada es más eficiente”. A corto plazo, se consigue escapar del abismo presupuestario. La cuestión clave es si hay transferencia efectiva de riesgo financiero hacia el sector privado, o el escenario es de captura del regulador y hay que esperar un rescate a medio plazo de esos centros infra-financiados. De hecho, los criterios de EUROSTAT para incluir o excluir de los presupuestos públicos los proyectos de colaboración público-privada se basan en el grado de control y en el riesgo que asume el sector público. En el Reino Unido hay un debate abierto sobre si dejar o no quebrar a los trust sanitarios privados concertados con el NHS que sufren dificultades económicas. En España, desde hace décadas hay antecedentes de hospitales privados rescatados con fórmulas de financiación ad hoc y convenios singulares.

¿Importa con quién se contrata?

Tanto la capacidad de control del asegurador público sobre los proveedores privados con los que concierta como el riesgo que asume a medio plazo están en entredicho por la debilidad institucional de nuestro sistema nacional de salud y los déficits de buen gobierno de la sanidad. Por tanto, la confiabilidad de la otra parte contratante ha pasado a formar parte esencial del debate. El sector sanitario privado en España, a diferencia de otros países, es mayoritariamente lucrativo y, como en el resto del mundo, está concentrándose en redes de proveedores en manos de fondos de capital riesgo, para los que no parece que los incentivos estén bien alineados hacia la eficiencia social de la salud.

- Las concesiones de obra pública en sanidad (PFI): entre decepcionantes e inevitables (Fedea - **17/1/13**)

(Por Fernando I. Sánchez y José Mª Abellán, Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES), Universidad de Murcia)

Quinto post en la serie sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios. En el mismo Fernando y José María nos guían por el intrigante mundo de la concesión de obra pública o Private Finance Initiative (PFI).

En entradas anteriores de esta serie, se ha señalado la indeseable supremacía de los argumentos ideológicos en el debate gestión pública vs. privada en sanidad, y la preocupante escasez de conocimiento científico-técnico y evidencia empírica en lo referido a determinadas formas de colaboraciones público-privadas (CPP). En este post nos centraremos en una de las modalidades de CPP en el ámbito hospitalario, la concesión de obra pública o Private Finance Initiative (PFI), cuyo uso se ha generalizado en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en los últimos años.

Razón de ser de los modelos de concesión de obra pública (PFI)

El modelo PFI, así como el de concesión para la gestión integral (“modelo Alzira”), es un esquema de cooperación, regulado por contrato, entre una institución pública y una entidad privada, en el que existe una gestión común de los recursos y cierto grado de distribución entre las partes de los riesgos vinculados al proyecto. Comparten ambos modelos los argumentos teóricos que apoyan su implantación, a saber: la potencial mejora del rendimiento de los recursos públicos derivada del aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo y gestión de infraestructuras y servicios; la transmisión de riesgos de construcción y disponibilidad al sector privado; y la mayor rapidez en el proceso de dotación de nuevas infraestructuras hospitalarias.

La diferencia entre el modelo de concesión de obra pública y el de concesión para la gestión integral del servicio radica en que el primero se concreta en la construcción de una infraestructura sanitaria por parte del ente concesionario a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales (como limpieza, lavandería, catering o, incluso, recepción e información, centralita telefónica, etc.); por el contrario, en el segundo caso, la entidad privada asume, además, la prestación de los servicios de asistencia sanitaria a la población adscrita al área de influencia del establecimiento sanitario.

Las concesiones de obra pública en el SNS español.

Aunque el modelo PFI admite diferentes formatos, en España se ha optado mayoritariamente por la modalidad DBFO (diseño, construcción, financiación y operativo), en virtud de la cual, la entidad privada concesionaria construye la infraestructura sanitaria y la pone a disposición del servicio público de salud, a cambio de la gestión de los servicios no clínicos.

Este modelo se ha aplicado en siete hospitales de la Comunidad de Madrid y en algunos de otras comunidades autónomas, como Castilla y León, Baleares y Cataluña. Está previsto aplicar esta fórmula a dos hospitales extremeños y a uno en Galicia. Un esquema parecido a éste, con la diferencia de que la concesionaria no es una entidad privada, sino una sociedad mercantil de naturaleza pública, es el denominado “contrato in house”, presente en la construcción y explotación de tres hospitales, uno en Asturias y dos en Murcia, por parte de sendas empresas públicas.

¿Qué sabemos acerca de los resultados de la estrategia PFI?

Se dispone de cierta evidencia empírica en relación al uso de fórmulas PFI en el Reino Unido y en Italia. Una primera conclusión es que estas formas de colaboración suponen a la postre un coste total superior al que resultaría de recurrir al endeudamiento público directo para construir la nueva infraestructura sanitaria, debido, principalmente, a los mayores costes financieros a los que se enfrentan los concesionarios privados y al margen de beneficio de estos. La magnitud de estos costes ha supuesto, de hecho, la aparición de problemas financieros en los trusts hospitalarios británicos y se ha puesto de manifiesto la existencia de una clara relación entre la existencia de acuerdos PFI de gran magnitud y la incidencia de déficit en los trusts. Los mayores costes se asocian, en ocasiones, a una menor calidad y flexibilidad.

Otro problema importante identificado en la literatura, es el hecho de que la transferencia de riesgos al sector privado frecuentemente no tiene lugar, lo que distorsiona los incentivos del acuerdo contractual. A este respecto, ha sido habitual en el Reino Unido el recurso a la extensión de las concesiones cuando en el plazo pactado no se han obtenido beneficios, así como la renegociación de las condiciones de financiación. En el caso de España, la prensa se hizo eco, recientemente, citando fuentes de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, del “rescate” (i.e. restablecimiento del equilibrio económico-financiero de las concesiones) de los hospitales modelo PFI que tuvo lugar en 2010 por parte del Gobierno Regional.

En Italia, donde la estrategia PFI ha adquirido una cierta pujanza, los resultados tampoco son demasiado alentadores. Se ha encontrado evidencia de que las tasas de retorno de la inversión asociadas a estas fórmulas son significativamente superiores a las que cabría hallar en un mercado competitivo que funcionase de modo apropiado, lo que suscita a su vez la cuestión de cuáles son los efectos distributivos de esta fórmula de gestión.

¿Por qué, entonces, se recurre a la estrategia PFI para la construcción de nuevas infraestructuras hospitalarias? Una posible razón sería que este tipo de fórmula deja la nueva inversión al margen del cómputo del déficit y la deuda pública a efectos del Sistema Europeo de Cuentas, de manera que es posible construir una infraestructura sanitaria sin que ello tenga impacto en los objetivos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera comprometidos con la Unión Europea: la “huida hacia adelante” de la que hablaba Beatriz González en su entrada. En el momento actual, la fuerte restricción de acceso al crédito a la que se enfrentan las Comunidades Autónomas ha convertido la concesión de obra pública, para muchos gestores sanitarios, en la “única” opción para acometer nuevos proyectos de infraestructuras sanitarias (así lo reconocía públicamente la gerente del SERGAS, en relación con el nuevo hospital de Vigo, en un reciente foro sobre sostenibilidad del sistema sanitario).

Conclusión

La evidencia disponible acerca de las fórmulas de concesión de obra pública (PFI) a escala internacional sugiere que estas fórmulas pueden dar lugar a problemas financieros motivados por unos mayores costes de financiación (Reino Unido), así como a disfunciones asociadas a restricciones en la competencia en el mercado y subsiguientes efectos sobre la equidad (Italia). La escasa información que para el caso español trasciende a los medios de comunicación no es más alentadora, por lo que no parece que se justifique el recurso a esta modalidad de concesión más que con el fin de sacar fuera del cómputo del déficit público los costes ocasionados por las nuevas infraestructuras sanitarias (o, en la coyuntura actual, por la voluntad de construir centros hospitalarios cuya financiación no puede abordarse a través de una vía prácticamente vedada como es la del endeudamiento público).

# - ¿Por qué lo llaman gestión privada cuando quieren decir “desfuncionarización”? (Fedea - 27/1/13)

(Por [Sergi Jiménez](http://www.fedeablogs.net/economia/?author=27), con José Mª Abellán y Fernando I. Sánchez*,* [Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES)](http://www.um.es/esyec/gtes/gtes.php), Universidad de Murcia)

Último post en la serie sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios. Creo que de esta serie hemos aprendido que la transparencia, la evaluación de alternativas y la rendición de cuentas son principios fundamentales (y prácticamente ausentes en nuestro país) en la gestión pública y no tanto si ésta es pública o privada.

En las últimas semanas, y al hilo del plan de privatizaciones de la gestión de centros hospitalarios puesto en marcha por el gobierno de la Comunidad de Madrid, se ha avivado el debate acerca de si la gestión privada de los servicios sanitarios es o no más eficiente que la gestión pública. Si bien esta cuestión se ha abordado en entradas anteriores de esta serie de manera general y también en el contexto más específico de las concesiones hospitalarias, en este caso intentaremos desvelar una clave concreta del debate que no siempre se hace explícita, a saber: que la pretendida superioridad de la gestión privada sobre la pública, de verificarse en nuestro país (y la evidencia, como veremos, es cuestionable), se asienta básicamente en las ventajas de un marco jurídico más flexible que propicia unos menores costes de personal(\*\*) y aprovisionamiento, antes que en una mayor eficiencia relativa en la gestión general de los recursos.

Recientemente, un informe de la consultora IASIST, con datos de 2010, comparó la estructura, actividad y resultados de un grupo de 41 hospitales del SNS de gestión directa y personal estatutario (“hospitales de gestión directa administrativa” o GDA) con los de un segundo grupo de 37 hospitales, con distintas fórmulas organizativas y personal laboral, que el informe denomina genéricamente “hospitales con otras formas de gestión” (OFG). En este grupo se incluyen fundaciones, empresas públicas y hospitales en régimen de concesión, aunque no hospitales de concesión de obra pública-PFI por tener éstos modelos de relación laboral mixtos, con predominio de personal estatutario en muchos de ellos.

El estudio concluye que los hospitales OFG gestionan mejor las camas y son más intensivos en el uso de tratamientos ambulatorios, al tiempo que sus costes por unidad de producción (alta hospitalaria) ajustada por la complejidad de la actividad asistencial son un 30% inferiores a los de los hospitales GDA. Además, los hospitales OFG son, en general, más pequeños en tamaño y plantilla, pese a tratar a pacientes de similar edad y complejidad, y obtienen parecidos resultados de calidad asistencial (mortalidad, complicaciones y readmisiones) a los de gestión “tradicional”.

Las diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales son, según reconoce el propio informe, las que tienen que ver con la productividad de los recursos humanos y el coste. Puesto que el régimen laboral (estatutario vs. laboral) es, en definitiva, el criterio de clasificación de los hospitales, es lógico que sea en el ámbito de la productividad de los recursos humanos donde se concentra el poder explicativo de las diferencias que se atribuyen al modelo de gestión (un 48% de la varianza). Pese a todo, conviene subrayar que algunos de los hospitales de gestión directa se sitúan entre los más eficientes según los resultados obtenidos.

La principal limitación del estudio (que sus propios autores reconocen) tiene que ver con la muestra. En primer lugar, dicha muestra no es aleatoria, pues únicamente incluye centros que participan voluntariamente en Hospitales TOP 20-2011, que son solo algo más de la mitad de los del SNS. A la no aleatoriedad se añade un sesgo territorial, ya que 2/3 de los hospitales OFG se ubican en Cataluña. El sesgo de selección es importante, además, porque al restringir el ámbito de análisis a hospitales generales de tamaño pequeño o medio, quedan fuera, por ejemplo, los hospitales con especialidades de referencia regional. En definitiva, puede que exista un trade-off entre la validez interna de la evaluación y la validez externa de las recomendaciones que de él se puedan derivar, como se ha señalado en alguna lectura crítica del informe desde el ámbito sanitario.

Al margen de las limitaciones que arrastra el informe, basar el juicio acerca de la eficiencia relativa de distintos modelos de gestión sobre la evidencia (por robusta que ésta fuere) de unos menores costes unitarios en la producción de servicios hospitalarios, resulta cuando menos equivocado. De un lado, como señalaba Salvador Peiró en una entrada anterior, la utilización de medidas de coste unitario (por unidad de producción hospitalaria), como indicador de eficiencia, ignora que, desde el punto de vista del financiador, lo relevante no es el coste por ingreso, sino el gasto por habitante, ya que unos costes por ingreso más bajos pueden ser compatibles con un gasto per cápita más alto si el número de hospitalizaciones es mayor.

Además, está la cuestión de la perspectiva del análisis. Hay que recordar a este respecto la diferencia entre “eficiencia de gestión” y “eficiencia social” que establecía Beatriz González en su aportación a esta serie de posts. La perspectiva relevante para juzgar la superioridad de un modelo de gestión u otro es la social, para lo cual resulta preciso disponer de indicadores de resultados en salud y no meramente indicadores de actividad hospitalaria (estancias), ni tan siquiera de calidad asistencial específicos de dicha actividad (reingresos, complicaciones o incluso mortalidad ajustada por riesgo).

A este respecto, el National Health Service se ha dotado de un potente cuadro de indicadores orientados a la mejora de la efectividad, la seguridad y la satisfacción del paciente, en el que tienen cabida indicadores de resultados en salud sofisticados, como los denominados Patient Reported Outcome Measures, con los que miden la calidad de vida de los enfermos crónicos que requieren cuidados de larga duración, así como la de los pacientes sometidos a procesos de cirugía electiva como prótesis de cadera o varices. El círculo se cierra vinculando parte de la retribución que reciben los proveedores de servicios sanitarios a la consecución de metas verificables por medio de varios de los indicadores anteriores, entre ellos los PROMs. Logros en resultados en salud e incentivos al desempeño acaban así ligados.

Recapitulando, incluso si se obviaran los problemas metodológicos señalados y se aceptasen las conclusiones principales del informe IASIST, éstas apuntarían a las ventajas de una mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos, y no a una pretendida superioridad de la gestión privada sobre la pública en términos de un uso más eficiente de los recursos, con carácter general. Esto es así porque en el grupo de hospitales que resulta ser más eficiente, según los criterios del estudio, no hay únicamente centros de gestión privada bajo el modelo de concesión administrativa, sino también hospitales de gestión pública con personalidad jurídica diferenciada. Interpretar los resultados del informe como evidencia a favor de la gestión privada o de la estrategia basada en colaboraciones público-privadas (CPP) es un error, cuando no el fruto de una lectura interesada de los mismos.

Por lo demás, tal y como se ha subrayado recientemente, intentar impulsar una estrategia de privatización de la gestión de los servicios hospitalarios de forma aislada del resto de niveles asistenciales puede conducir a resultados indeseables, habida cuenta los extraordinarios desafíos que afronta el Sistema Nacional de Salud en relación a la gestión de los servicios sanitarios (y sociales) dirigidos a pacientes crónicos y pluripatológicos, una realidad insoslayable en la sociedad española. Ante ese desafío solo cabe la coordinación y la integración de niveles y de políticas, algo que parece inverosímil lograr exportando al conjunto del sistema las fórmulas CPP hospitalarias ensayadas en España hasta la fecha.

Suponiendo, no obstante, que en un futuro se constatara esta ventaja en términos de costes (y no meramente por unidad de producción hospitalaria, sino por habitante protegido), y dejando por un momento a un lado la cuestión referida a la medida y evaluación del resultado final en salud, la pregunta que surge es: ¿por qué no avanzar en modelos de gestión directa (pública) que propicien un régimen regulatorio más flexible para el personal sanitario y la contratación de servicios, aprendiendo de las experiencias que han resultado ser más exitosas (los profesionales sanitarios parecen estar dispuestos a ello: [aquí](http://www.facme.es/comunicados/comunicado11.pdf))? ¿Es necesario dar el salto a la gestión indirecta (privada y con ánimo de lucro) para explotar las ganancias que se derivan de un sistema de contratación y retributivo más favorecedor de la eficiencia, con los efectos distributivos que ello conlleva? ¿Por qué lo llaman gestión privada, cuando quieren decir “desfuncionarización”?

-------------------

\*\* Casi la mitad (un 46%) del gasto sanitario realizado por las CC.AA. y el Ingesa en 2010 correspondió a remuneraciones al personal (solo empleo público; si sumásemos los gastos del personal al servicio de proveedores privados con financiación pública la ratio superaría con creces el 50%). Entre 2002 (año en que todas las CC.AA. asumieron las competencias en sanidad) y 2010 el dinamismo de las remuneraciones del personal explica entre el 50% y el 60% del crecimiento del gasto.

- Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España. Diagnóstico: pendiente (Fedea - **21/5/13**)

(Por Sergi Jiménez y Juan Oliva -Presidente de la Asociación de Economía de la Salud)

Tras una primera serie de posts dedicados a debatir las ventajas, inconvenientes y lagunas de análisis en el tema de la gestión pública vs. gestión privada de servicios sanitarios públicos, iniciamos con esta breve introducción una segunda serie que tiene por objeto revisar, [en tiempos revueltos para el sector sanitario](http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/Elmedico2012.pdf), el [estado de la evaluación económica](http://www.reformasestructurales.es/PDF/Evaluacion_de_politicas_publicas.pdf) como herramienta fundamental para orientar decisiones, estrategias y políticas.

La evaluación económica de intervenciones sanitarias (EEIS) tiene como finalidad examinar las consecuencias que tiene a corto y largo plazo su utilización en los individuos y en la sociedad. Los resultados de las evaluaciones pueden ser útiles para que los decisores de mayor nivel, profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanos conozcan cuál es la eficiencia (relación entre costes y efectos) de las distintas intervenciones sanitarias, de forma que puedan seleccionar las opciones más favorables y distribuir de forma más racional unos recursos sanitarios limitados.

Es importante señalar que la EEIS ha alcanzado una edad dorada en Europa en los últimos años, siendo uno de sus más brillantes paradigmas el caso del National Institute for Health and Clinical Excellence ([NICE](http://www.nice.org.uk)) británico, considerado el instituto de referencia europeo en la definición de estándares de asistencia sanitaria de alta calidad y en la generación de recomendaciones y guías clínicas. La principal causa de este florecimiento se debe al papel impulsor que han desempeñado las autoridades públicas en su desarrollo, utilizando estas herramientas como elemento clave en las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias. La cuestión es clara: los responsables sanitarios europeos tienen el deber de responder a un doble objetivo. Por una parte, conjugar el acceso a sus ciudadanos a aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud; por otra, conciliar lo anterior con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos, mucho más económicos que su homónimo estadounidense. La consideración del criterio de eficiencia convierte a la evaluación económica en herramienta clave en este proceso. Sin embargo, pese a haber sido uno de los países pioneros en este campo y pese a la insistencia en subrayar su relevancia en un proceso de toma de decisiones informado, en la justificación de políticas públicas basadas en indicadores objetivos y transparentes y en la rendición de cuentas a los ciudadanos, España no parece haber emulado a varios de los países europeos en este proceso.

Efectivamente, estimado lector, la leído usted bien, España fue, en su momento, un país pionero en varios aspectos relacionados con la evaluación económica de intervenciones sanitarias. A comienzos de la década de los 90, cuando los primeros países (Australia y Canadá) comienzan a aplicar los criterios de eficiencia en el proceso de reembolso público de medicamentos, España ya contaba con un buen número de investigadores reconocidos en el campo, había abordado propuestas de estandarización metodológicas y comenzaban a crearse varias agencias de evaluación de tecnologías (como las de Cataluña, el País Vasco o la del [Instituto Carlos III](http://www.isciii.es/)) a partir de las cuales podía haberse potenciado el uso de la EE en la toma de decisiones. Sin embargo, las buenas condiciones iniciales no parecen haberse trasladado en buenas prácticas en el presente. El fracaso no se circunscribe a la evaluación sanitaria sino que, aunque existen honrosas excepciones (por ejemplo, el [Instituto Nacional de Evaluación Educativa](http://www.mecd.gob.es/inee/)), se traslada a otros ámbitos, empezando por la propia [Agencia de Evaluación de Políticas Públicas](http://www.aeval.es).

Pero, ¿por qué es necesaria considerar la evaluación económica en el ámbito sanitario? En primer lugar, porque los mercados de medicamentos y tecnologías sanitarias son muy importantes. Efectivamente, pese a las políticas de reducción de gasto de los últimos años, según datos de IMS y de FENIN, el peso conjunto de ambos sectores para el año 2012 rondaría el 2,2% del PIB. Por tanto, no son palabras (ni recursos) menores. Además de resultar en una elevada cifra de gasto (lo cual es relativo, dado que lo verdaderamente relevante es la comparación de la inversión con el retorno en salud y bienestar obtenidos), es preocupante la dinámica observada en los últimos años: creciente utilización de medicamentos y de tecnologías sanitarias durante la época de boom económico (¿a cambio de qué ganancias en salud en la población? Lo desconocemos) y fuertes restricciones y caídas desde el año 2011 (¿cómo están afectando a la salud de los ciudadanos? No lo sabemos).

En todo caso, hay síntomas claros de que hay cosas que no se están haciendo bien. Aunque la casuística es variada, como apunta Jaume Puig en su excelente [blog](http://pilleconomics.blogspot.com/2011/12/jo-convido-tu-pagues.html), uno de los más relevantes es la muy ineficiente regla de introducción y evaluación de innovaciones que tiene el sistema sanitario español, actualmente centralizada en el ministerio de sanidad (lo cual en principio no tiene que ser negativo) pero exenta de criterios de eficiencia claros (lo cual claramente sí lo es).

Otro elemento que apuntala la afirmación anterior es la gran variabilidad regional (e incluso intrarregional) en el uso de tecnologías sanitarias. Por ejemplo, en el caso de las pruebas diagnósticas: hasta 3 veces para TAC, 5 veces para RM y 7 veces para mamografías (a). Sin duda, la falta de protocolos homogéneos, impulsado nuevamente por un organismo moderador puede contribuir a explicar esta variabilidad.

Quien piense que la solución de estos problemas únicamente pasa por el establecimiento de una agencia verdaderamente independiente de evaluación de políticas y tecnologías sanitarias, al estilo de la bien conocida agencia británica NICE, debería plantearse si en el escenario actual se dan las condiciones de buen gobierno necesarias. La experiencia previa con las agencias de evaluación que hasta la fecha se han implementado y las expectativas sobre las que están en marcha, recomienda mantener un cierto grado de escepticismo sobre el funcionamiento de una agencia de este tipo en España.

El diagnóstico del caso español centrará las próximas contribuciones. Desde nuestro punto de vista las dos cuestiones clave a abordar son: ¿por qué no ha despegado la evaluación económica en el medio sanitario en España? Y, ¿cuál es el coste de oportunidad de no haber aplicado dichas técnicas en la financiación selectiva de prestaciones sanitarias y como soporte de su uso racional?

A estas preguntas responderán tres posts. El primero de ellos dedicado a los medicamentos, el área donde más se han aplicado estas herramientas hasta ahora. El segundo se dedicará al análisis de dispositivos y otras tecnologías sanitarias; otra área de fuerte innovación en el medio y con peculiaridades en su introducción en los mercados sanitarios y utilización posterior. El tercero revisará el papel que la evaluación puede jugar en las estrategias de desinversión y reinversión de recursos en el medio sanitario.

Como ven de momento más preguntas que respuestas, sin embargo confiamos que la serie contribuya a equilibrar algo este balance, animando, de paso, un vivo debate.

------------------

(a) Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Tablas de Gasto Sanitario.* 2007. “La alta tecnología: Estudios de TAC. Mamografías. Equipos de Resonancia Nuclear Magnética”.

# - La evaluación económica de medicamentos como factor de sostenibilidad de la sanidad pública (Fedea - 23/5/13)

(Por Jaume Puig-Junoy y Marta Trapero-Bertrán, UPF y [CRES](http://www.fedeablogs.net/economia/www.upf.edu/cres/en/))

Después de la breve introducción del pasado martes, iniciamos la serie de contribuciones sobre EEIS. En la primera Jaume y Marta analizan los problemas de la evaluación de medicamentos en España. Como veremos no hay muchas razones para el optimismo.

Gastamos en medicamentos, públicos y privados, un nada desdeñable [1,6% del PIB](http://www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm), lo que supone alrededor de una tercera parte de todo el gasto sanitario público, si contabilizamos tanto medicamentos dispensados en farmacias como en [hospitales](http://www.pilleconomics.blogspot.com.es/2011/11/el-gasto-farmaceutico-en-los-hospitales.html). Hasta hace poco hemos sido el segundo país del mundo en la cantidad consumida de medicamentos por persona. Sólo la reforma paramétrica del sistema de copago adoptada en julio y septiembre del año pasado -[tripago](http://archivo.elperiodico.com/ed/20120708/pag_007.html): copago estatal, tasas autonómicas y desfinanciación- ha revertido la alarmante tendencia incremental del número de prescripciones, siendo la reforma económica post-crisis más efectiva aunque muy mejorable en su diseño.

Sin embargo, seguimos anclados en la senda de hacer “menos” de lo mismo: acabamos financiando públicamente casi cualquier nuevo medicamento tanto si el coste por resultado en salud (cuya medida más genérica sería el Año de Vida Ajustado por Calidad-AVAC) es razonable como si es desorbitado. Pagamos precios elevados por medicamentos que otros países con más renta no están dispuestos a pagar.

En España el valor terapéutico o grado de innovación no parece ser un factor clave en la determinación del precio de entrada de los medicamentos nuevos, contrariamente a las expectativas y los resultados para los EEUU y Suecia, según encontramos en [Puig-Junoy y González López Valcárcel (2012)](http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202012/638.pdf). Los resultados de este estudio muestran que en un mercado altamente regulado como es el español, sin ningún tipo de mecanismo de revisión periódica de los precios, los productos terapéuticamente similares (*me-too*) siguen la misma estrategia de *cream skimming* (elevados precios de entrada) que los más innovadores.

En realidad, ni siquiera sabemos el coste por AVAC de los medicamentos que se autorizan cada mes de forma centralizada. En la misma línea de desinformación y poca transparencia desde junio de 2012 se ha dejado de publicar incluso los precios de venta acordados por la [Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos](http://www.msc.es/profesionales/farmacia/financiacion/home.htm) para medicamentos nuevos. Únicamente se hacen públicas las bajadas de precios de los medicamentos que tienen competencia (genéricos).

Cuando sabemos que los principales factores que impulsan el gasto sanitario son la adopción de innovaciones sanitarias y el aumento del uso por persona, es clave para la sostenibilidad de la sanidad disponer de un procedimiento de evaluación independiente de la eficacia/efectividad incremental y la relación coste-efectividad incremental que permita adoptar decisiones de financiación selectiva y de precio según valor. La [evaluación económica de medicamentos](http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2010/EJHErecom2010.pdf) -análisis coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio- es una herramienta que incorpora criterios de eficiencia económica al proceso de toma de decisiones. Como es obvio, este elemento no tiene que ser la única variable a tener en cuenta en la ecuación de la toma de decisiones, pero si uno de los que deben informar las decisiones y sobre el cual rendir cuentas. A diferencia de la reforma de [las pensiones](http://www.fedeablogs.net/economia/?p=28792), el factor de sostenibilidad del sistema sanitario no se diseña de manera automática según la esperanza de vida, sino según el valor de los tratamientos: la evaluación de la eficacia incremental o valor terapéutico añadido, la relación coste-efectividad y los umbrales de disposición a pagar por AVAC son sus instrumentos.

De la observación de lo sucedido en estas [dos últimas décadas](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP75_Using_economic_evaluations_for_reimbursement_decisions.pdf) en Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia se puede identificar una [agenda básica](http://www.pilleconomics.blogspot.com.es/2012/11/estamos-preparados-para-la-evaluacion.html) para nuestro país si se quiere tomar en serio el factor de sostenibilidad sanitario en cuanto a decisiones de financiación y precio de medicamentos: (a) definir el rol de una agencia evaluadora en su vertiente asesora y/o reguladora; (b) incluir en el objetivo de la agencia no solo la evaluación de la efectividad sino también la eficiencia; (c) decidir si cubrir el ámbito de los nuevos medicamentos, o si incluye los ya comercializados y así hasta cualquier intervención sanitaria; (d) los procedimientos de evaluación: desde el grado de independencia de la agencia evaluadora y la transparencia de los informes hasta la posibilidad de que los afectados intervengan en el proceso; (e) participación en el proceso de todos los agentes involucrados (industria, profesionales clínicos, pacientes, etc.); (f) definir y protocolizar los métodos de evaluación incremental (por ejemplo, guías de evaluación económica como las que acaba de emitir el [NICE](http://publications.nice.org.uk/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pmg9/the-reference-case)); (g) establecer los criterios de decisión y priorización de los recursos (disposición máxima a pagar por AVAC indicativa pero flexible, incluyendo recomendaciones sobre tratamientos al final de la vida y sobre cuando están indicados [contratos de riesgo compartido](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/153); y (h) la implementación de las decisiones mediante sistemas de incentivos en el pago a médicos y hospitales.

La normativa española también ha favorecido la liturgia de la consideración del criterio de eficiencia y la evaluación de las políticas sanitarias, aunque su aplicación no se ha hecho efectiva hasta el momento. El propio [Programa Nacional de Reformas de España 2013](http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MPR/2013/300413PRNacReformas.htm) reitera de nuevo lo que ya lleva en el BOE más de un año sin desarrollo (Real-Decreto-ley 16/2012): para racionalizar el gasto farmacéutico “se establecen criterios para decisiones de precio y financiación”. Pero, ¿cuáles son esos criterios? La magia de la esperanza en un factor de sostenibilidad implantado de forma razonable desaparece cuando comprobamos que el mismo PNR mide simple y llanamente el progreso alcanzado en este aspecto por ¡la reducción del número de recetas -atribuible al tripago!-.

El desconcierto ya es notable cuando se observa que doce meses después de la [reforma “estrella” de la sanidad](http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202012/REFORMA%20SANIT%C3%80RIAV4x.pdf) aplicada por este gobierno, los responsables políticos han entrado en un bucle donde se corre el riesgo de acabar en un factor “lampedusiano” de sostenibilidad que sirva más para disfrazar los intereses del statu quo -burocracia reguladora e industria que prefiere el *cuerpo a cuerpo* con quien sabe el precio “justo” de miles de medicamentos- antes que unas reglas del juego objetivas y transparentes, las cuáles pongan fin a la falacia que podemos financiar todo con independencia de su coste-efectividad.

En lugar de más transparencia y rendición de cuentas en las decisiones de precios, lo que tenemos es más opacidad amparada en la coartada que ofrece la existencia de un precio en el mercado distinto del precio para el seguro público; eso sí, para no cambiar nada se aparenta más participación, y se invita a la Comisión Interministerial a todas las Comunidades Autónomas en turnos rotatorios de seis meses.

La pelea para ver [quién se queda las competencias de evaluación](http://www.elglobal.net/elglobal/articulo.aspx?idart=674769&idcat=783&tipo=2) (sin haber determinado qué, cómo ni con qué fin evaluar los medicamentos) ha dado lugar a unos rebautizados [informes de posicionamiento terapéutico](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/home.htm) de la Agencia Española del Medicamento en los que no sólo la eficiencia brilla por su ausencia sino que la evaluación de la eficacia/efectividad comparada dista de los contenidos y estándares científicos recomendados al uso en las agencias internacionales. La coartada para la ausencia de la evaluación económica debería hacer sonrojar a más de uno: según parece hay quien cree que no se puede hacer una evaluación económica cuando la Comisión Interministerial no ha establecido aún el precio de venta. Seguramente, inmersos en la pelea por atribuirse competencias administrativas, alguien ha olvidado que en un sistema de precio basado en el valor, el coste por AVAC es una información clave para determinar la eficiencia del precio que solicita el innovador y que, cuando se paga según valor, el precio tiende a endogeneizarse y pasa a ser función de la disposición máxima a pagar por un AVAC.

Carece de justificación hoy que el regulador central valore como ha venido haciendo hasta hace pocos meses todo lo nuevo como innovador, haciendo ver que no existe coste de oportunidad, y además imponiendo la obligación a quien gestiona la sanidad de tener que ofrecerlo casi gratuitamente a los pacientes al mismo tiempo que le acusa de manirroto por gastar demasiado (*“yo invito, tú pagas”*). De la misma forma, sería del todo irresponsable conducir a bandazos y ahora optar por retrasar o impedir el acceso a cualquier fármaco nuevo sin más razón que la de que genera más gasto, sin ponderar el resultado en salud y sin advertir la necesidad de desinvertir en tratamientos y prestaciones de escaso valor para abrir espacio presupuestario a los de más valor. El coste de oportunidad en el que incurriríamos de conducirnos de este modo lo mediríamos en términos de muchos años de vida perdidos.

Lo que se requiere para que sea creíble el paso hacia una cobertura selectiva de prestaciones y medicamentos según la evidencia científica de la eficacia comparada y coste-efectividad es algo más que una Red de Agencias o que un nuevo Consejo Asesor, es un cambio estructural en el procedimiento y criterios de financiación y de fijación de precios de los medicamentos. El ejemplo de Reino Unido, Australia (aquí) y Canadá en el uso de la efectividad comparada y el ratio coste-efectividad en las decisiones de cobertura aporta evidencia no sólo de que es factible su empleo en estas decisiones, sino de que han incentivado la producción de información de calidad sobre eficacia comparada y coste por AVAC en el propio mercado. Los actores políticos deberían ser capaces de ponerse de acuerdo en qué reglas utilizar para permitir tomar decisiones basadas en la evidencia con transparencia y de manera explícita, teniendo poca intromisión en las decisiones técnicas.

- La desregulación de los aparatos y dispositivos médicos en Europa (Fedea - **10/6/13**)

(Por Carlos Campillo Artero**, Servei de Salut de les Illes Balears)**

Tercer post de la serie de Evaluación Económica de Intervenciones Sanitarias. En el mismo Carlos Campillo revela un inquietante panorama del sistema de evaluación de aparatos y dispositivos sanitarios en Europa. En definitiva: mucho camino por recorrer.

Tan nocivo para la salud puede ser regular bajo captura como no regular por defecto o hacerlo con flacidez normativa y de control. Conocemos bastante el cuerpo regulatorio de los medicamentos, las consecuencias sociales de sus deficiencias y tenemos meridianamente claras las medidas que han de implantarse para solventarlas. Pero diversos estudios han señalado que los profesionales de la salud desconocen el funcionamiento de la regulación de los aparatos y dispositivos médicos (ADM).

En los últimos años se han puesto de manifiesto espacios de mejora de los mecanismos regulatorios de los ADM, sobre todo en los Estados Unidos y en Europa: eventos adversos asociados, por ejemplo, con prótesis de mama, prótesis de cadera y desfibriladores o la retirada del mercado por fallos de algunos ADM.

En los Estados Unidos, instituciones académicas y organismos oficiales como la [General Accounting Office](http://www.gao.gov/new.items/d09190.pdf) o el [Institute of Medicine](https://download.nap.edu/catalog.php?record_id=13150) han difundido estudios e informes propios que ponen sobre el tapete hechos tales como que la eficacia y la seguridad de los ADM de alto riesgo sólo se han estimado mediante ensayos clínicos antes de la aprobación de su comercialización en el 27% de los casos, que un porcentaje creciente de ellos se aprueban a través de mecanismos regulatorios destinados a los de bajo riesgo, que ese porcentaje ha aumentado en los últimos años, y que las limitaciones de los ensayos que se realizan son graves. Cuando menos, conocen las características y la magnitud del problema.

En Europa, las investigaciones realizadas -si bien escasas y menos exhaustivas que las llevadas a cabo en Estados Unidos- apuntan en la misma dirección. Para entender cabalmente el problema y a modo de paréntesis debe señalarse que en Europa los ADM se clasifican en función del riesgo que suponen para la salud en: clase I (apenas acarrean riesgo alguno, por ej., estetoscopios, depresores linguales), IIa (su riesgo es moderado, por ej., ecógrafos, aparatos de resonancia magnética nuclear), IIb (su riesgo es algo mayor, por ej., aparatos que emiten rayos X), y III (mantienen vivo al paciente pero pueden poner en grave peligro su vida, por ej., desfibriladores implantables, stents, marcapasos, prótesis de cadera).

A diferencia de la regulación estadounidense (que centraliza la de medicamentos y ADM en la FDA), en Europa la de los medicamentos corre a cargo de la Agencia Europea del Medicamento, pero la de los ADM es responsabilidad de cada país miembro. Para poder comercializarse, los ADM deben satisfacer ciertos “requisitos esenciales”: pruebas de funcionamiento y fiabilidad acordes con sus riesgos inherentes (algo que decide el fabricante). Para conseguir comercializar los de clase I, el fabricante sólo debe presentar la documentación al regulador de su país. Además, los ADM han de recibir la autorización (con la marca CE: *Comformité Européenne*). Para esta clase la concede el propio fabricante. Los de clase IIa, IIb y III no son evaluados por la Agencia Europea, sino por uno de los 76 Notified Bodies (NB) acreditados por las autoridades competentes de cada país. Son empresas privadas, con fines de lucro, que cobran por evaluación y cuyo trabajo es financiado en parte por el fabricante, quien es libre de escoger el NB que le convenga. Es el NB quien concede la marca CE para estas clases de ADM. Al hacerlo, el ADM puede comercializarse en todos los Estados Miembros de la Unión Europea.

Los fabricantes de aparatos clases IIa, IIb y III han de presentar pruebas científicas de eficacia y seguridad de los ADM a un NB: pueden proceder de una revisión de la bibliografía, cuando el ADM es equivalente a otro comercializado, o de una revisión de ensayos clínicos, si persisten dudas sobre su seguridad. Para los de clase III, además, deben realizarse *investigaciones clínicas con humanos* (término ambiguo traducido al pie de la letra), aunque no necesariamente ensayos clínicos. Al no ser pública la información de este proceso, se desconoce su rigor y cumplimiento.

La normativa establece que estos requisitos se apliquen uniformemente en todos los países de la UE, pero cada NB aplica normas distintas y en conjunto utilizan métodos de evaluación heterogéneos. Cuando se deniega la comercialización de un ADM, se prohíbe tramitar una nueva solicitud por medio de otros NB, que no están obligados a notificar dichas solicitudes ni la concesión de la marca CE. La ausencia de registros centrales de solicitudes impide saber si estas se vuelven a presentar. Se desconoce qué ADM ha aprobado cada NB. Éstos no pueden actuar como consultores ni ayudar a los fabricantes a conseguir la autorización.

En Europa las evaluaciones se centran en el funcionamiento de los ADM más que en su eficacia clínica. Se carece de requisitos explícitos de eficacia absoluta (los de eficacia relativa o incremental son inexistentes) y no se exige certificar su seguridad sobre la base de pruebas clínicas. Las reformas del proceso regulatorio europeo no han ido a la par de los avances técnicos de los ADM, a despecho de las constantes modificaciones técnicas que se introducen en ellos.

La Unión Europea reconoce que la regulación vigente no puede sobrevivir sin introducir profundos cambios sistémicos, pero en varios análisis se vaticina que las reformas en curso no incidirán en la raíz del problema, a pesar de que se han difundido propuestas concretas de reformas, que incluyen medidas específicas.

En el caso de los ADM, las limitaciones de la valoración de su eficacia, seguridad y calidad y de su vigilancia postcomercialización son más marcadas que las de los medicamentos por los motivos señalados. Y la actividad del sector de los ADM en España no es escasa. Según la Memoria 2012 de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, si bien dicha actividad se redujo globalmente un 6%, se facturaron 7200 millones de euros, un descenso variable por servicios o productos (por ej., electromedicina (-45%), implantes (-8,6%), diagnóstico in vitro (-6%), cardiología (-5%), nefrología (-5,2%)). El valor de las exportaciones fue de 1.883 millones de euros (un 4,8% más que en 2011) y el de las importaciones, de 4360 millones (un 5% menos que en 2011).

En las decisiones de cobertura y fijación de precios de los ADM en España tampoco se aplican criterios de eficiencia. Esta omisión se produce, primero, aunque para los ADM tampoco exista motivo alguno para no hacerlo y no fijar precios en función de su coste-efectividad incremental. Y, segundo, a despecho de que la eficiencia conste en sucesivos reales decretos y órdenes como criterio para definir, detallar y actualizar la cartera de servicios comunes y de que se haya reconocido que *la falta de énfasis en ella ha contribuido a conducir al SNS a una situación de grave dificultad económica*.

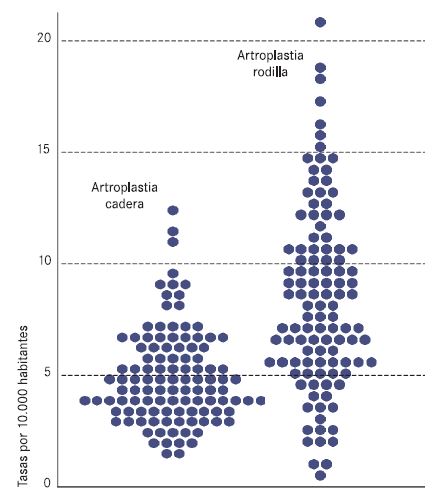
Tampoco se conoce la influencia real que han ejercido en las decisiones de cobertura y fijación de precios las evaluaciones de ADM realizadas por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias españolas. Su cifra (Agencia de Evaluación de Tecnologías del Instituto de Salud Carlos III, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, OSTEBA (Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Servicio Canario de Planificación y Evaluación, AVALIA-T en Galicia y la recientemente extinguida Unidad de Evaluación de Tecnologías de la Agencia Laín Entralgo (Madrid)) y sus numerosos informes producidos se contraponen con la inacción regulatoria. No ha sido por falta de recursos.

En el acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, [de 18 de marzo de 2010](http://www.csitsanidad.es/SIME/Reunion%20Interterritorial.pdf) se menciona que, *además de considerar conveniente que la incorporación de nuevos medicamentos en la cartera de servicios del SNS ha de basarse en criterios de coste-efectividad, así como trabajar de manera conjunta para desarrollar guías farmacoterapéuticas que ayuden a que las decisiones clínicas se fundamenten en criterios de evidencia y coste-efectividad* (tema [abordado](http://www.fedeablogs.net/economia/?p=30594) en este blog) se debería *reforzar el papel de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Se trabajará para reforzar las garantías y la seguridad en el procedimiento de autorización de las nuevas tecnologías en el SNS, mejorando la disponibilidad de evidencias científicas y de coste-efectividad como base para la toma de decisiones, mediante la creación de un modelo organizativo en red con las Agencias estatal y autonómicas*.

En otro [acuerdo de febrero de 2012](http://www.msc.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2374) alcanzado por el Consejo Interterritorial del SNS se encomendó la creación de la Red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y productos, encargada de generar información basada en la evidencia científica para la toma de decisiones el SNS. El [RDL 16/2012](http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf) mantiene la función de esta red de ofrecer análisis de coste-efectividad para categorizar la cartera de servicios. No obstante estas normativas, la existencia *de facto* de trabajo en red entre agencias desde hace tiempo y de sus informes, de recursos de experiencias extranjeras, la evaluación económica, como ocurre con los medicamentos, también siguen sin aplicarse en España en las decisiones de cobertura y fijación de precios de los ADM. Cabe preguntarse cuánto tiempo se requiere para aplicar efectivamente los acuerdos realizados nada menos que en el marco del Consejo Interterritorial, máxima autoridad en materia sanitaria o para aplicar las leyes de carácter urgente, como consta en el RDL 16/2012.

Un ejemplo meridanamente claro de la necesidad de incorporar la eficiencia en su regulación viene dado por la variabilidad injustificada de su uso, como ilustran los atlas de variaciones de las prótesis de rodilla y de cadera en España. La figura 1 (donde cada punto corresponde a un área de salud) muestra que las tasas estandarizadas por 10.000 habitantes en 2002 de artroplastia de cadera y rodilla (para tratar la artrosis) varían de 1,30 a 12,73 y de 0,97 a 20,58, respectivamente. Esta alta variabilidad se explica, fundamentalmente, por la discrecionalidad de los cirujanos de las distintas áreas de salud para indicar la intervención en situaciones de distinta gravedad (desde poco dolor y capacidad funcional hasta dolor muy intenso e imposibilidad de deambular).

Figura 1. Tasas de artroplastia de cadera y de rodilla por áreas de salud

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/artoplastia.jpg)

 El gasto evitable asociado con la utilización de ADM y la prescripción de medicamentos no justificadas clínicamente es elevado. Los recursos liberados podrían destinarse a financiar otras actuaciones con efectividad comprobada cuya financiación puede verse afectada por recortes indiscriminados.

Las causas del problema son multifactoriales. Por tanto, las soluciones han de ser multifacéticas, incidir sistémicamente en la regulación europea de los ADM y hacerlo con prontitud. La efectividad de algunos ADM está en juego, amén de la seguridad de algunos pacientes, como la confianza del público y la de los profesionales. Sin evaluación económica también los están la solvencia y sostenibilidad del SNS tal como aún lo disfrutamos hoy.

**4 - Pensiones: un pasado sin futuro (anticipando el adiós)**



**¿Hasta los 80?**

En Agosto, de 2012, publiqué el Paper titulado: **“Tiempos modernos” (“realidades cercanas” de un capitalismo sin control)**

En el Apartado - Jubilándose como pordioseros (el “invierno” del miedo)

Decía:

Introducción a la “matemática actuarial” para pensionistas (los trucos de la memoria)

Sistema de reparto y de capitalización de las pensiones

Reparto

1. El individuo no cotiza para su propia pensión.

2. Las cotizaciones-prestaciones no están ligadas por un fondo de capital, ya que las pensiones actuales se financian con lo que se recauda de cotizaciones de los activos.

3. Permite pagar pensiones de jubilación desde el momento en que se crea el sistema.

4. Las cantidades aportadas por los activos determinan las pensiones actuales.

5. El sistema de reparto tiene una rentabilidad implícita derivada del crecimiento de la base de cotización: (crecimiento económico (productividad) y crecimiento demográfico (número de cotizantes).

6. El sistema de reparto protege a las pensiones frente a la inflación, ya que los salarios reales se mantienen constantes por lo que las contribuciones de los activos están indiciadas por la inflación.

7. En un sistema de reparto hay tres tipos de generaciones implicadas. La inicial (no contribuye y recibe pensión), la intermedia (contribuye y recibe pensión) y la terminal (contribuye y no recibe pensión).

8. El sistema de reparto se caracteriza como un acuerdo o contrato intergeneracional por el que las generaciones activas dan soporte a las jubiladas a cambio de un compromiso de que cuando alcancen la edad de jubilación también ellos recibirán la pensión. El carácter de seguro surge a través de un intercambio de promesas entre generaciones a través de un “contrato social” implícito.

Capitalización

1. El individuo cotiza para su propia pensión

2. Las cotizaciones-prestaciones están ligadas mediante un fondo de capital, ya que la pensión es una reasignación de renta del individuo de los periodos activos a los pasivos.

3. Deben transcurrir muchos años para obtener una pensión, ya que deben acumularse reservar suficientemente grandes para pagar pensiones.

4. La cantidad aportada por cada individuo determina su pensión futura.

5. El sistema tiene un rendimiento explícito por los fondos que es el tipo de interés aplicable.

6. No corrige el efecto de la inflación porque el rendimiento que se obtiene es el tipo de interés real y no nominal.

7. Con el sistema de capitalización desaparecen los riesgos de la coyuntura entre activos y pasivos así como desaparecen la distribución entre generaciones.

8. No vincula a generaciones futuras a realizar contrato explícito porque solo está implicada una generación. Obliga a tener cuentas personales para cada uno de los cotizantes.

Experiencia “vital” en un país tercermundista (y los países avanzados están en camino)

Por ser “NyC” (nacido y criado) en un país subdesarrollado (Argentina) nunca (repito, nunca) creí en los sistemas de pensiones públicos (en mi época), o privados (más adelante). Lamentablemente, el tiempo me ha dado la razón. Ambos terminaron estafando al trabajador que esperaba tener una pensión digna al final de su vida laboral.

El sistema público de pensiones fue “saqueado” por el “régimen” peronista, reiterada y contumazmente. Primero, por la vía del impuesto inflacionario que fue carcomiendo el capital de las “cajas de pensiones” y en consecuencia las rentas de los pensionistas (las actualizaciones, llegaban tarde, mal o nunca) y segundo, por la utilización de los “fondos” de las cajas para cubrir el déficit público, obligándolos a suscribir deuda pública, que luego se amortizaba con dinero devaluado, o se sustituía por otros bonos, de peor suerte.

El sistema privado de pensiones fue promovido en la etapa “privatizadora, desregulada, corrupta, falaz y fugaz” de otro gobierno peronista (Carlos Saúl Menem).

Las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones de Argentina (AFJP) fueron empresas privadas con fines de lucro dedicadas a administrar los fondos generados con los aportes jubilatorios realizados por los trabajadores que optaran por quedar incluidos en el régimen de capitalización individual establecido por la Ley 24.241 de reforma previsional del año 1993 de Argentina, del gobierno menemista.

La AFJP percibía una comisión, deducida del aporte previsional obligatorio de los afiliados, y administraba la inversión del capital acumulado, con el doble fin de inyectar fondos en el mercado de capitales y obtener una rentabilidad para los ahorristas y para sí misma. Una vez alcanzada la edad jubilatoria, la AFJP debía entregar al afiliado el capital acumulado, en cuotas mensuales, hasta su agotamiento.

La implementación del sistema de AFJP, que significó una privatización parcial de los servicios sociales, produjo grandes controversias; la esperada reducción en el gasto público, gracias a la externalización de los costes de administración, y la mejora en la rentabilidad de los planes de pensiones, no se cumplió en la medida deseada, y un sector importante de los trabajadores continuó aportando al régimen de reparto gestionado por el estado. A raíz de ello, en 1997 y 2001 se realizaron ulteriores reformas sobre la regulación financiera de las instituciones. El resultado de las mismas no quedó del todo claro, en parte debido a la crisis económica que padeció el país a comienzos de la primera década del milenio, pero la rentabilidad de los fondos privados ha seguido por debajo de las expectativas.

La importante merma de entrada de dinero que le provocó a la administración pública argentina, fue en parte una de las causas que provocaron la crisis económica que se desencadenó en el país a fines de la década de 1990 y con toda su virulencia en 2001. Para hacer frente a los crecientes déficits públicos, el estado nacional tomaba deuda, de la cual las acreedoras más importantes eran las propias AFJP, dándose la paradójica situación de que un monto de dinero que antes administraba directamente el estado ahora era utilizado por empresas privadas para ganar intereses financiando al mismo estado. O sea, el “nuevo peronismo” (Kirchner), hizo lo mismo que el “viejo” (Perón), pero a un costo mayor (privatizando las ganancias y socializando las pérdidas).

Desde 2002 se han estudiado diversos planes para modificar el sistema, volviendo al viejo sistema de reparto o implementando un sistema mixto donde el sistema de reparto, administrado por el sector público, tuviera un mayor peso. Sin embargo, estos proyectos han quedado en la nada, avanzándose solamente en la posibilidad de que quienes inician su vida laboral puedan optar por ingresar al sistema público de reparto, no quedando obligados a aportar a una AFJP. Mientras, el Estado se sigue “zampando” los fondos.

Puede que el “caso” argentino no sea el más “edificante” para extraer conclusiones. Pero si observamos el sistema jubilatorio chileno (el paradigma utilizado por los “apologistas” del sistema de capitalización), creo que se puede llegar a igual deducción.

Economía para la “tercer edad”

En el sistema de reparto para que un jubilado pueda recibir una pensión digna (recuérdese que los activos son los que “pagan”, con sus aportaciones al sistema de la seguridad social, la pensión de sus mayores) la relación “mínima” de trabajadores activos por pensionistas debería ser de 4 a 6 trabajadores por cada pensionista.

El cálculo que realizo es muy sencillo: si el salario promedio de los trabajadores es de 1.000 euros (en Europa más de la mitad de la población activa recibe esos ingresos), y no se quiere retener para el sistema de pensiones más del 20% del salario (entre aportación del trabajador y de la empresa), pueden ustedes hacer una fácil operación, 20% de 4 pagas de 1.000 euros = 800 euros.

Si los activos fueran 6, el pasivo podría recibir 1.200 euros al mes. Con 5 activos la pensión se podría equilibrar al salario medio del trabajador europeo.

¿Pero qué ocurre si hay menos de 4 a 6 trabajadores activos por cada pensionista? Hay que aumentar las retenciones a los trabajadores, o hay que bajar las pensiones, o el estado debe aportar (vía presupuestos) la diferencia entre retenciones y prestaciones. De lo contrario el sistema quiebra. Matemática actuarial, pura y dura…

Actualmente en la Unión Europea la relación entre activos y pasivos difícilmente supera los 2/1 (es varios países es menos de 2). Por eso, el sistema está quebrado. No es porque haya muchos viejos (que los hay), ni por que vivan mucho tiempo (que también), ni porque cobren pensiones muy altas (la media no supera los 1.000 euros); es porque hay pocos (muy pocos) trabajadores para sostener el sistema. No se puede negar lo obvio.

¿Entonces? Entonces el problema no son los pensionistas, tampoco el sistema de reparto, sino el poco empleo que hay en la Unión Europea. Es un problema de paro y no de pensiones. Otra cosa es que los “profetas” de la privatización quieran aprovechar la situación económica (crisis del empleo) para abolir el sistema de reparto y promover el sistema de capitalización. Muchos de estos apologistas resultan ser meros apolo-getas.

¿Y qué hacen, en consecuencia, los gobiernos? En un giro surrealista del análisis económico (adulterando la matemática actuarial) proponen extender la edad de jubilación, con el disparatado argumento de que el promedio de vida se está ampliando (¿demasiado?) y que los viejos de 65 años están hechos unos “pimpollos” y pueden (¿deben?) trabajar 2, 3 o 5 años más (¿y por qué no hasta los 75 años, ya que estamos?).

Pero el mayor de los absurdos se alcanza cuando se contrasta la “genial” idea de prolongar la vida activa de los trabajadores, mientras se niega la posibilidad de acceso a las fuentes de trabajo de la generación más joven (hay un 50% de paro juvenil). ¿Será por qué les gustan más los “cadetes”, seniles? ¿Mensajeros en bici, con 70 tacos? Joder.

Pasemos ahora al sistema de capitalización (la tierra prometida por los “cabeza borradores”).

Al margen de la experiencia nefasta del sistema de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones de Argentina (país de grandes esperpentos económicos), donde “nuevamente” los fondos (en este caso privados) fueron “expoliados” por el estado para mantener su política demagógica y clientelar, cuando no fue el sector privado el que realizó malas inversiones reduciendo la renta potencial esperada.

Supongamos que estamos en Chile (el país modelo), o en EEUU (donde todo el sistema es privado), o en algún país europeo serio (¿queda alguno?). Anteriormente les presenté una propuesta (banco privado europeo) sobre planes de pensiones. Si ustedes han leído con atención (si hay dudas, vuelvan a ello), habrán constatado que las rentabilidades promedio de las inversiones están en el orden del 2 al 3% anual (cifras que más se repiten en la serie de 15 años). Ello con la debida aclaración que “rentabilidades pasadas no suponen rentabilidades futuras” (por si las moscas). Si a esa (¿tentadora?) rentabilidad le restan el 1,40% anual de gastos de gestión, ya me dirán lo que les queda. Eso sin entrar a descontar la inflación (2% es la meta “ansiada” por el BCE), que si no, se pueden dar por conformes si no tienen que poner dinero encima.

Un “cuanto de hadas”. Hagan el cálculo inverso (¿es mucho pedir?): a partir de la pensión (privada, eso sí) que desean tener (sigamos con los 1.000 euros utilizados anteriormente) y estimen el capital acumulado (ahorrado) que deberían tener al final de su carrera laboral para que la renta mensual llegue a esa cifra.

Con una renta promedio del 5% anual, para lograr una pensión de 1.000 euros mensuales (12.000 euros año), el capital necesario sería de 240.000 euros (240.000 x 0,05 = 12.000 euros al año). A partir de ello, pueden hacer sus cálculos y… apuestas.

No se olviden que a esa renta promedio hay que agregarle una comisión del 1,40% anual (más capital, o menos beneficio neto) y el deterioro inflacionario (2% BCE dixit).

Resumiendo: 5% + 1,40% + 2% = 8,40%

Si no logran una rentabilidad para la inversión del 8,40% (una sola vez en la serie de 15 años, según la muestra del banco promotor del sistema privado de pensiones), o aumentan capital o disminuyen pensión (ustedes eligen).

En esas condiciones, para alcanzar una renta neta de 1.000 euros mensuales (12.000 euros anuales) necesitarían un capital de 408.00 euros (408.000 x 0,05 = 20.440 euros; 20.400 - 8.400 (1,40 gastos + 2 inflación) = 12.000 euros al año). Hagan juego, Señores.

No quiero ser agorero, pero esa magnitud de ahorro “neto” (a lo largo de la vida laboral) la veo muy difícil de alcanzar en un futuro próximo para una inmensa mayoría de la población. Si asumimos un período de 30 años continuados de trabajo (hoy casi una utopía), tendríamos que ahorrar 13.600 euros anuales (lo que equivale a 1.133 euros al mes), para lograrlo. Todo ese esfuerzo…para tener una pensión “mileurista”. ¿Qué tal?

Así y todo (el gato escaldado, del agua fría huye)

Tengan la capacidad de ahorro que tengan, mi propuesta es que hagan su propio plan de jubilación (si pueden evitar ambos regímenes -público y privado- mejor), y administren sus recursos e inversiones. Así, al menos, evitarán que el estado se “pula” vuestra futura pensión o la empresa privada les ahogue con sus gastos y comisiones o los lleve a realizar inversiones con alto riesgo para alcanzar la meta de rentabilidad pretendida.

Para ello deberán ser muy (muy) disciplinados (hay que ahorrar todos los meses del año y todos los años durante la vida laboral, y no tocar esos fondos por nada del mundo -como si los tuviera el estado o el banco promotor), luego hay que informarse (muy bien) de las alternativas de inversión de riesgo reducido y ejecutarlas con prudencia, perseverancia y mentalidad de largo plazo. No dejarse tentar por cantos de sirenas, burbujas, modas, inversiones especulativas, ni querer ser el más listo de la clase.

“Solos frente al peligro”, pero con la absoluta seguridad que todo lo que puedan lograr será vuestro y sin comisiones, gastos, letras pequeñas, cláusulas penalizadoras, ni timos.

Hay que volver a la “cartilla de ahorro” (en sentido figurado). Y ahorrar para la vejez (la única verdad). Así no tendrán que vivir de la caridad (familiar o social), tampoco tendrán que esperar demasiado del Estado de Bienestar (menguante, lamentablemente).

En la desesperación por hacer cuadrar la capacidad de ahorro con las expectativas de ingresos futuros no cometan (nunca) la imprudencia de dejarse tentar por esas inversiones fantásticas que las “serpientes encantadoras de hombres” les ofrecerán en cuanto huelan el dinero. Ustedes tienen que preguntar mucho, estudiar y resolver. Solos.

No crean las fantasías de las participaciones preferentes, los bonos convertibles, las obligaciones subordinadas, los pagarés bancarios, u otras inversiones para viejos que les ofrecerá el director de la sucursal bancaria “de toda la vida” (por lo general demasiado joven, por lo general demasiado indiferente, por lo general demasiado presionado por la central para colocar esos productos ruinosos). Por no confiar, hoy no se puede confiar ni en la deuda soberana. Queda dicho. Mucho cuidado, no hay tiempo de revancha…

En Mayo, de 2013, publiqué el Paper titulado: **Las pensiones con depresión (¿hay que enviar a los jubilados al Campo de Exterminio?)**

En el Apartado **-** El futuro de las pensiones: ¿será el “suelo” el límite? (cuentas y cuentos)

Decía:

Como a menudo se atribuye al escritor americano Mark Twain: “Hacer predicciones es muy difícil. Especialmente sobre el futuro”.

Debería remontarme -tal vez- hasta Thomas Hobbes (5 de abril de 1588 - Wiltshire, Inglaterra, 4 de diciembre de 1679), autor de “El Leviatán”, con su ideario: “El origen del Estado es el pacto que realizan todos los hombres entre sí, subordinándose desde ese momento a un gobernante, el cual procura por el bien de todos los súbditos y de él mismo. De esa forma se conforma la organización social”; Charles Louis de Secondat, Señor de la Brède y Barón de Montesquieu (Château de la Brède, 18 de enero de 1689 - París, 10 de febrero de 1755), con su obra magistral “El espíritu de las leyes”, y su ideario: “Debe establecerse un gobierno de forma tal que ningún hombre tenga miedo de otro”; Jean-Jacques Rousseau (Ginebra, Suiza, 28 de junio de 1712 - Ermenonville, Francia, 2 de julio de 1778), autor de “El contrato social” y su frase: “El hombre nace libre, pero en todos lados está encadenado”, para interpretar -nunca compartir y menos, perdonar- las “desviaciones” que están produciéndose en la “vieja” Europa (muchas veces puta, aunque de vez en cuando, sabia), para provocar semejante deshumanización inmisericorde. Tamaña denuncia del Contrato Social. Por qué, lo que antes era herejía hoy se sostiene como ortodoxia.

Un viaje a través del infierno (las cuentas de la Seguridad Social comienzan a ser deficitarias), pero sin luz al final del túnel (la relación entre número de trabajadores por cada jubilado se reduce día a día). Un escenario, lleno de incertidumbre y de tristeza, del que ya no saldremos. Vivir un retroceso brutal en lo que pensábamos que era un estado del bienestar para siempre y solo quedará un mundo marginal, de pobreza extendida.

El jubilado Dimitris Christoulas se suicidó a los 77 años, a causa de las privaciones que le impusieron la crisis y las políticas nefastas de su Gobierno. Pero no se mató por incapacidad de seguir sobreviviendo, sino porque rechazó una vida que se le antojaba indigna. Se le acabó la voluntad antes que las fuerzas, a juzgar por la nota que llevaba en el bolsillo: “Soy jubilado. No puedo vivir en estas condiciones. Me niego a buscar comida en la basura. Por eso he decidido poner fin a mi vida”. Me pregunto cuántas veces tuvo que escuchar en los últimos tiempos el reproche de haber vivido por encima de sus posibilidades, esa culpabilización nada sutil que convierte en justo castigo los padecimientos impuestos por la crisis; la muerte, incluso.

Christoulas no estaba dispuesto a vivir tan por debajo de sus posibilidades. Dijo “no”. Por eso a primera vista el suicidio es tranquilizador: podemos consolarnos pensando que todo consiste en decir “sí”. Mientras nos merezca la pena vivir, aun buscando comida en la basura, estaremos a salvo.

Se ha comparado en muchas ocasiones la crisis con una guerra. También en la guerra hace falta valor para sobrevivir. Aunque no siempre el más fuerte lo consigue, porque la supervivencia no depende de uno mismo, sino de muchos factores, y en gran medida del azar. En eso, la crisis es completamente diferente a una guerra. Si es verdad, como aseguraba Demócrito, que “todo lo que ocurre en el mundo se debe al azar o a la necesidad”, no habrá muertes azarosas, sino necesarias, como la de Christoulas. El disparo que lo ha matado no ha sido fortuito: tenía poca elección a sus 77 años. Si hubiera contado veinte, habría dispuesto de muchas opciones desesperadas. Coger comida de la basura habría sido la menos dañina.

Christoulas, ya cumplió con “los mercados”… Se “deflacionó” de un tiro, aliviando el gasto público, y dejando una carta de despedida a modo de “hoja de balance”: “¡Tengo deudas, no puedo soportarlo más!” y “no quiero dejar mis deudas a mis hijos”… El Gobierno “ha eliminado cualquier esperanza de que yo sobreviva y no puedo obtener justicia, no encuentro otra forma de lucha más que un final digno para no tener que empezar a rebuscar en la basura para conseguir comida”… Y concluía: “Algún día, los jóvenes sin futuro tomarán las armas y colgarán a los traidores de este país en la Plaza Syntagma, al igual que hicieron los italianos con Mussolini en 1945”…

Dicen los analistas que lo que importa en la bolsa y en los mercados financieros, es saber algo que nadie más sepa. Podrán interpretar, en este caso, los “límites, humanamente soportables”, de la austeridad proclamada (exigida). Descontarán los mercados (como dicen las serpientes encantadoras de hombres de la bolsa), que cuando la gente empieza a suicidarse (ayer en Sintagma, mañana en cualquier otra plaza de la Europa quebrada) es el final, que la cohesión social (de la Europa soñada) ha estallado.

Una Europa cuyos jubilados son mendigos, cuyos trabajadores pierden sus empleos, cuyos jóvenes nunca (o tarde y mal) serán asalariados, cuyos niños se deben dar en adopción por falta de recursos para alimentarlos, educarlos o curarlos… ha fracasado.

La Unión Europea (en vías de subdesarrollo) no se debe (ni se puede) construir sobre el suicidio asistido de los mayores, el salario del miedo de los trabajadores, la adolescencia perpetua de los jóvenes y la pignoración de la niñez.

Primero sin “memoria”, y después sin “futuro” (del cinismo no se retorna)

*“Unas gotitas de cianuro en el vasito de leche matutino -con todas las pastillas que tienen que tomar ni se van a dar cuenta- y zas, nos cargamos a los 8 millones de pensionistas y recortamos de golpe 115.000 millones de euros de gasto en pensiones, además de conseguir un considerable ahorro en fármacos.*

*¿Estarían satisfechos con este genocidio los especuladores financieros o también tendríamos que dejar morir de hambre a los 5 millones de parados?”…* Matemos a los jubilados para mantener a los políticos (Manuel del Pozo - Expansión - **12/4/12**)

- Eduardo Galeano: “A la basura dos siglos de conquistas” (BBCMundo - **23/7/12**)

(Por Paula Vilella) Lectura recomendada

“Este es un mundo violento y mentiroso pero no podemos perder la esperanza y el entusiasmo por cambiarlo”, asegura Eduardo Galeano.

El escritor uruguayo, historiador literario de su continente a través de obras como “Las venas abiertas de América Latina” y la trilogía “Memorias del Fuego”, habló con BBC Mundo sobre los últimos acontecimientos de América Latina y la crisis económica mundial.

Desde su mesa de siempre en el céntrico Café Brasilero, dejando tras el ventanal el frío del invierno austral, insiste en que “la grandeza humana está en las cosas chiquitas, que se hace cotidianamente, día a día, la que hacen los anónimos sin saber que la hacen”.

Por eso, alterna las respuestas con episodios de su último libro, “Los hijos de los días”, en el que agrupa 366 historias reales, una para cada día del año, que contienen más verdad que hablar de la prima de riesgo.

La crisis europea se está manejando por los líderes políticos desde un discurso de sacrificio de la población.

Es igual al discurso de los oficiales cuando mandan a los reclutas a morir, con menos olor a pólvora pero no menos violento.

**Esto es un plan sistemático a nivel mundial para arrojar al tacho de la basura dos siglos de conquistas obreras, para que la humanidad retroceda en nombre de la recuperación nacional.**

Este es un mundo organizado y especializado en el exterminio del prójimo.

Y luego vienen a condenar la violencia del pobre, la de los muertos de hambre; la otra se aplaude, merece condecoraciones.

¿Se está presentando la “austeridad” como única salida?

¿De quiénes? Si los banqueros que produjeron este desastre fueron y siguen siendo los principales asaltantes de bancos y son recompensados con millones de euros que les pagan como indemnización…

**Es un mundo muy mentiroso y muy violento. Lo de la austeridad es un viejo discurso en América Latina. Asistimos a una obra de teatro que fue estrenada acá y que ya conocemos.**

**Sabemos todo: las fórmulas, las recetas mágicas, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial…**

¿Considera que el empobrecimiento de la población es más violento?

Si la lucha contra el terrorismo fuera verdadera y no una coartada para otros fines, tendríamos que empapelar el mundo con carteles que dijeran ‘se buscan a los secuestradores de países, a los exterminadores de salarios, a los asesinos de empleo, a los traficantes del miedo’, que son los más peligrosos porque te condenan a la parálisis.

Este es un mundo que te doméstica para que desconfíes del prójimo, para que sea una amenaza y nunca una promesa.

Es alguien que te va a hacer daño y para eso hay que defenderse.

Así se justifica la industria militar, nombre poético de la industria criminal.

Eso es un ejemplo clarísimo de violencia…

El mundo actual es muy sorprendente.

La mayoría de los países europeos que parecía que estaban vacunados de los golpes de Estado son ahora gobiernos gobernados a manos de tecnócratas designados a dedo por Goldman & Sachs y otras grandes empresas financieras que no han sido votadas por nadie.

Hasta el lenguaje lo refleja: los países, que se supone que son soberanos e independientes, tienen que hacer bien sus deberes como si fueran niños con tendencia a la mala conducta y los maestros son los tecnócratas que vienen a tirarte de las orejas…

Camino de servidumbre, la derrota de la clase media

Nuestros abuelos y nuestros padres trabajaron toda su vida. Honestamente. Desde la escuela enseñando, desde la fosa de la estación de servicio engrasando autos, como en el caso del padre de quien escribe estas líneas, desde la oficina o desde el puerto, desde el Taxi o la línea de montaje, desde el campo arriba del tractor o desde la lancha pesquera, desde el taller de metalurgia o el de carpintería, desde el reparto de diarios o la atención del bar:

Trabajaron duro para darnos un futuro. Acaso no eran universitarios, pero sabían lo esencial: debíamos ser mejores que ellos.

Nuestros padres no fueron buitres que esquilmaron gente mediante circulares bancarias. Antes bien, fueron sus víctimas.

No fueron usureros que especulaban con las necesidades de los que menos tienen para obtener réditos económicos o confiscarles sus propiedades. No fueron aves de rapiña, como la señora presidente y su difunto esposo.

Y lo único que quisieron es tener derechos en su edad final, para poder comprarles regalos a sus nietos, para poder pagar sus medicaciones, o para poder seguir ayudando al hijo al que las cosas no le marchan bien. En definitiva, querían que les permitan usar el dinero que ellos mismos habían entregado al estado durante todo su ciclo laboral útil, durante toda una vida.

A ver si queda claro que lo que los viejos reclaman es su dinero, no la del estado ni el de los políticos. Es de ellos, les pertenece.

Si Hayek levantara la cabeza, renegaría de sus discípulos. Pasó su vida luchando por la libertad, denunciando los totalitarismos, el miedo al socialismo, en el peor sentido del término. Está siendo traicionado por aquellos que están inseminando de servidumbre Occidente, utilizando su prestigio y su ideario para cebar la codicia, el liberalismo salvaje, jamás el liberalismo, el crecimiento desbocado y depredador, la ley de la selva, el enriquecimiento ilícito, el derrumbe de la clase media, aquella que apuntala la palabra libertad.

Para Hayek, liberalismo no era lo mismo que “laissez-faire”. No todo valía para él. Las instituciones debían cumplir un papel regulador garante de la libertad. Huía de toda economía dirigida que restringiera la competencia, no de la necesidad de regulación, cuando el libre mercado no era más que teórica quimera, en determinados sectores.

Conocía muy bien la economía. La tendencia al monopolio que no había manera de limitar si no era mediante la actuación coactiva y justa de los Gobiernos, incluso enérgica, cuando razones estructurales impedían una justa lid comercial.

Tales monopolios, que antes de la entrada en la UE estaban razonablemente regulados, se han convertido en odiosos oligopolios bendecidos por aquellos que supuestamente defienden la libertad de mercado, que son financiados por ellos de manera camuflada o indirecta, protegidos por Gobiernos y patricios.

Es Keynes el mayor colaborador involuntario del apesadumbrado Hayek en este atribulado escenario. No él, faltaría más, sino sus “falsos” seguidores. Son estos últimos los que, atizando la creencia de que insuflando crédito ilimitado en el sistema se crea riqueza al espolear el crecimiento económico, no consiguen más que taponar el hedor de las heces que supura el sistema financiero al hinchar la burbuja financiera, alargando de manera indecorosa la agonía: llámese Quantitative Easing, rescate a entidades financieras o préstamos a gobiernos quebrados, prácticamente todos. Un bucle que se retroalimenta, engordando cada día más, hasta el día que haga plaf.

El dinero no llega a la economía real. No se benefician los ciudadanos. Su cada vez más escasa riqueza está siendo succionada a base de confiscación fiscal. Solo se insufla vida a bancos zombis o a los odiosos oligopolios, los cuales, a cambio de tapar las miserias de los Gobiernos acaparando deuda pública impagable, haciendo de agencias de colocación de políticos cesantes, salen de rositas de este entuerto hinchando la burbuja del crédito. Reventará.

Se han convertido los “falsos” keynesianos en tontos útiles al servicio de la ocluida libertad de mercado, el desguace de la libertad, la disolución de la clase media. Una de las causas es la infantilización de la sociedad, empezando por arriba. La conversión de las idílicas teorías económicas en ideologías. ¿[Equilibrio general](http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_del_equilibrio_general)? Una coña macabra que los economistas austriacos ya denunciaron.

Nadie es culpable de nada: la sociedad parece dirigida por encapuchados. Los políticos, los economistas y los banqueros que nos han conducido hasta aquí nos hacen creer que son anónimos los causantes del desbarajuste, para no tomar medidas ejemplarizantes o mandarlos a paseo.

Hasta no hace mucho, estos últimos eran responsables con su patrimonio del quebranto que causaban. John Pierpont Morgan y sus socios respondían con sus bienes de los créditos que otorgaba su banca, J.P. Morgan. Los socios de Goldman Sachs eran individuos cuya responsabilidad personal era ilimitada en caso de quebranto a la sociedad. Los aristocráticos “names” del Lloyd´s de Londres taparon de su bolsillo un envenenado agujero en los seguros hace apenas veinte años. Algunos se fueron al garete pecuniario.

Banquero y confianza eran la misma cosa. A cambio de responder con sus bienes, tomaban decisiones con sensatez y sabiduría, exigían rigor a los prestatarios, desaconsejaban a los temerarios. Gozaban de reconocimiento y prestigio. Igualito que ahora. Los bancos quebraban, era ley de vida. No pasaba nada, y algunos financieros se arruinaban. Sabían a lo que se exponían.

Tales limitaciones no impidieron que, tanto EEUU como el Reino Unido, la clase media de todo Occidente se expandiera durante el siglo XX a pesar de cataclismos autoritarios, de nacionalismos transmutados en locura colectiva, como los que rememoramos en costado herido.

Nadie en las cajas de ahorros o bancos de cualquier parte del mundo, salvo en Islandia, y un “poquito” en EEUU (Madoff, Stanford y un par de “perejiles”), acabaron en la cárcel. Si hubo precedentes, ¿por qué no se aplica el mismo rasero a los responsables del desastre reciente, acabando con su impunidad?

Occidente está quebrado. La [deuda total](http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2012/09/daily-chart-10) de cualquier país (pública + familias + empresas + bancaria) oscila entre un 300 y un 500% del PIB. Japón y Gran Bretaña se llevan la palma. España sigue a distancia, en la parte baja del listón, no muy lejos de EEUU, Francia, Italia e incluso Alemania. En época de la Gran Depresión, el nivel apenas superaba el 150%.

El crecimiento económico de los últimos setenta años se ha realizado mediante endeudamiento que no se podrá cancelar a causa del envejecimiento de la población. Es la burbuja definitiva que acompañará en su deflagración a la burbuja medioambiental y los desencuentros con el manido cambio climático.

Antiguamente, el deudor se convertía en esclavo. Hoy, la clase media garante de la libertad, la igualdad y la fraternidad, guardiana de los valores de la Ilustración, pagadora última de la deuda del estado, está desapareciendo, retornando a estado servil, aunque disfrute de Internet. ¿Quién liquidará las deudas, quién pagará las pensiones cuando el castillo de naipes se quede sin inquilinos porque han descendido a tropel un escalón y ande con cachava el resto?

Los culpables últimos, camuflados, “lobbies” los llaman, se podrían desenmascarar si hubiese interés. Actúan amparados en teorías económicas delirantes (algunas premiadas con el Nobel), a la par que neoclásicas. No fue difícil identificarlos en época de Hayek. Ahora están enquistados en las entrañas de su memoria carcomiendo la academia y la razón.

Nadie quiere detener la debacle, reconducir un sistema educativo orientado exclusivamente a cebar contaminante productividad, que abjura del conocimiento, el discernimiento, el raciocinio y las letras. Interesa crear inertes masas tituladas, escasamente instruidas a causa de un igualitarismo castrador, orientadas a laborar de manera acrítica a cambio de vil subempleo, en vez de formar ciudadanos ilustrados. La filosofía, el arte, la nobleza, la cultura, el tesón, la belleza, la sensatez, la razón han claudicado. Sin clase media, la libertad desaparece: será el suicidio de Occidente.

La socialdemocracia a veces cerril, que apuntaló la clase media en Europa y de alguna manera en los Estados Unidos de Roosevelt, que se desarrolló como reacción al socialismo a la manera nazi o bolchevique que tanto temía Hayek ha desaparecido sin dejar rastro, sin haber sido capaz de ponerse al día. Una gran desgracia hasta para aquellos que no comulgaban con ella.

No hay alternativa al expolio de la ciudadanía. El drama, uno de ellos, es que siguen tomando las decisiones aquellos que crearon los problemas. En España y en el resto de Occidente, Lehman Brothers dixit…

**El (im)predecible futuro de las pensiones (la trampa millonaria)**

**Érase una vez… un cuento hecho bostezo**

**Nada por aquí… nada por allá… (el fin de las falsas promesas)**

Del Paper **- Del desempleo estructural al conflicto intergeneracional (15/5/11):**

**Un amargo despertar (y el “fusilamiento” del Estado de bienestar)**

*“Si hay una característica que definía a los norteamericanos era el optimismo. El sueño americano, la creencia de que cualquiera podía llegar a donde quisiera a base de trabajo, ha sido uno de los mitos fundamentales de su historia. Ahora, apenas uno de cada cuatro mantiene la ilusión”...* Los estadounidenses dejan de creer en el sueño americano (Libertad Digital - **2/10/10**)

*“El Gobierno británico llevará a cabo una gran revisión del sistema de prestaciones sociales con el objetivo de simplificarlo y de promover la cultura del trabajo frente a la cultura del subsidio, según los planes del ministerio de Economía”...* El Gobierno británico anuncia una gran revisión de las prestaciones sociales El Economista - **2/10/10**)

*“Generalmente es más fácil ver el principio de algo que su fin. El Estado de bienestar, que nació en 1945 en la Gran Bretaña de la posguerra, llegó a su fin esta semana, cuando George Osborne, Ministro de Finanzas del Reino Unido, rechazó el concepto del “beneficio universal”, la idea de que todos, no sólo los pobres, deben beneficiarse de la protección social”...* Descanse en paz el Estado de bienestar (Guy Sorman - Project Syndicate - **8/10/10**)

**Cuando el empobrecimiento de los pensionistas, se considera un “daño colateral”**

**He querido dejar que los jóvenes economistas hablaran primero. Graduados “cum laude” en las mejores universidades del mundo, distinguidos catedráticos, académicos de prestigio, con libros, informes, estudios, conferencias, congresos y ponencias que respaldan sus opiniones. Economistas, actuarios, matemáticos, estadísticos, ingenieros sociales. En fin, la juventud mejor formada de la historia…**

**Pues para estos distinguidos “eruditos”, si es que yo he entendido bien, la solución para casi todos los males económicos de las sociedades desarrolladas pasa por “atrasar la edad de jubilación”… “reducir las pensiones”… “que se trabaje hasta la muerte o hasta muy (muy) cerca de ella”. Así los números cuadran, los actuarios se quedan tranquilos, el déficit y el endeudamiento público alcanzan valores razonables. Un “mal de altura”, que puedo aceptar, pero no compartir. Perdón.**

**En un sistema de reparto las aportaciones sociales de los trabajadores (población activa) sirven para sostener los pagos a los pensionistas (población pasiva). Si se reduce el número de trabajadores ocupados (aportantes) la “solución de equilibrio” que proponen algunos de estos “vegetarianos caníbales”, es acotar (proporcionalmente) la retribución a los pensionistas. Esto se puede hacer demorando el inicio del pago de las prestaciones (retrasando la edad de jubilación), o bien disminuyendo las prestaciones (o tal vez las dos cosas, como se insinúa o intenta denodadamente). De una relación 4 activos por 1 pasivo (antes de la globalización), se ha pasado a 2 activos por 1 pasivo (durante la globalización). Técnicamente impresentable, actuarialmente insostenible, económicamente ruinoso, financieramente insoportable, dogmáticamente irritante.**

**En mis épocas de estudiante (cuando aún se utilizaba la tiza y la pizarra) había “teoremas” que se demostraban por el absurdo (creo recordar). Para el caso de un “teorema de los jubilados”, sería interesante preguntar a estos “grandes bonetes” cómo balancearían las cuentas del sistema público de pensiones en el caso que la población activa continuara reduciéndose (que tal como van las cosas parece inevitable o al menos bastante previsible). El problema del paro se resolvería, reduciendo, o demorando las pensiones hasta el límite (“tendiendo al infinito”, dirían los matemáticos) o privatizando las pensiones (que sería la “solución final”, más apetecible para la banca)… ¿Y el “contrato social?... Qué contrato social. Eso es cosa de la historia y, como ya sabemos, estamos ante “el fin de la historia y el último hombre” (que… ¿será un pensionista?). O sea.**

**Una demostración por el absurdo sería fusilar a los pensionistas. Si la economía no crece, si no se ocupan más trabajadores (para que con sus aportaciones puedan soportar el pago de las pensiones), la solución es “dejar morir o matar a los viejos”. Matar resulta más expeditivo (“crearía más valor”). Wall Street lo premiaría. Sería como cuando las acciones de una empresa suben su cotización, al anunciar un despido masivo de personal (cruento ejemplo del absurdo cortoplacista).**

**Los “ángeles de la muerte” en los hospitales públicos serían como los brokers de la bolsa. Cuantos más viejitos “mandaran al otro mundo” mayores bonus. Les regalo la idea a los jóvenes economistas: el hospital “Dr. Drácula” ha mejorado su productividad, en el mes de enero firmaron el certificado de defunción de 320 personas que se acercaban peligrosamente a la edad de la jubilación. Al director médico se le asignaron las “stock options” proporcionales, el personal de enfermería ha doblado la paga extra y los médicos de la UVI recibieron los bonus correspondientes… El “mercado” premia la mayor competitividad del hospital.**

**Para que los grandes números de la macroeconomía mejoren quedan por resolver: las personas que enferman demasiado, los niños que crecen de prisa, las personas que comen en exceso (o las que todavía comen, sin más), los que consumen mucha agua, los que gastan demasiada energía, los que pretenden estudiar en establecimientos públicos… en fin, ¿los que pretenden continuar viviendo? En los cementerios no hay inflación, ni déficit, ni deuda. Y eso… “gusta a los mercados”.**

**Me interesaría preguntar a los econometristas “high frequency” si realmente creen que los jubilados nos sacaran de la crisis. Probablemente estos “académicos en la nube” me contestaran que el problema está en el Estado de bienestar (insostenible) y que deben hacerse todas las “reformas estructurales” necesarias para recuperar la competitividad. Que los países desarrollados no pueden seguir viviendo por encima de sus posibilidades. Que los grandes déficits públicos resultan inadmisibles y el alto endeudamiento soberano insostenible.**

**Y aquí llegamos a la “médula” del asunto. El Estado de bienestar, las reformas estructurales, la productividad, la competitividad, la internacionalización, la deslocalización, el libre movimiento de capitales y mercancías (“libérrimo” en lo financiero y “amañado” en los bienes).**

**De seguir los “sabios consejos” de los catedráticos de Harvard, Stanford, Columbia, MIT, Oxford, Cambridge, London School of Economics… ¿cuál sería el modelo “asimilable” de Estado de bienestar, para los países europeos? ¿el de China? ¿el de la India? ¿el de Vietnam? ¿o el de Camboya? ¿el de Indonesia? (siguiendo por el sendero de la competitividad pronto habrá que hacer “benchmarking” en algún país africano). Un ethos peligroso y derrotista.**

**Para recuperar la “competitividad” perdida en Europa ¿se deberían pagar salarios chinos, hindúes, brasileros o rusos?**

**Para aumentar la “productividad” perdida en Europa ¿se deberían trabajar 14 o 16 horas diarias (6 días a la semana), dormir en las fábricas, no tener vacaciones, no tener licencia por enfermedad o maternidad, e ir a “mear” con horario establecido y a la vista del capataz?**

**Para que las empresas europeas vuelvan a demandar empleo ¿la alternativa razonable es el despido libre? ¿unos trabajadores de usar y tirar? ¿un ejército en la reserva de costo cero?**

**Para que los gobiernos europeos eliminen sus déficits ¿se debería suprimir la sanidad pública, la educación pública, y el sistema público de pensiones?**

**En el libre movimiento de capitales y mercancías (esa tierra plana que proclamaron los apósteles de la globalización) ¿qué espacio queda para Europa (ya no digamos para el Estado de bienestar, abolido por imperativo del mercado)?**

**Los profetas del librecambio proclaman la “tecnología” como el “ojo de la aguja por la que pasará el camello” europeo. Desde Finlandia a Grecia y desde Portugal a Polonia, todo será un big “Silicon Valley” en honor de las nuevas tecnologías. Y todos (toditos todos) los europeos programaremos video juegos, casinos y apuestas deportivas por internet, You Tubes, Twitters, Facebooks y otras redes con las que “enredar” a los incautos. Eso sí, “por amor a la competitividad perdida”, un Silicon Valley, pero con sueldos de Bangalore, of course. 350 millones de trabajadores en las nuevas tecnologías, aunque dejando unos pocos “camareros” de sol y playa, y algunos “jardineros” del parque temático (seguramente de los PIGS) para atender a los turistas que visiten Eurolandia (probablemente de Asia, donde se fueron a parar los empleos que perdió (¿o regaló?) Europa, en aras de la deslocalización y el librecambio). Una “boutade” digna de un Nobel de economía… ¡No jodamos!**

**Estimados “eruditos de laboratorio”, perdonen ustedes que este viejo de 65 años -68 cuando se publique este Paper- (que afortunadamente, y por ahorros propios, no necesita de la jubilación para vivir, queda dicho) les haga algunas “aproximaciones de cabotaje”. Que intente, con toda humildad, reiterar algunas pasadas ideas políticamente incorrectas (es lo mío, casi siempre). Allí por abril de 2002 publiqué un Ensayo (Los daños ocultos del librecambio - La doble vida de la economía global (Unión Europea: Apertura y vulnerabilidad - (¿Es posible imaginar un futuro diferente al pasado reciente?) donde, entre otras cosas, decía:**

**El Comercio libre promueve el bienestar de los ricos, pero no necesariamente el bienestar social, que debería aplicarse a la gran mayoría de la población. No es de extrañar entonces que las compañías multinacionales y sus directores ejecutivos, con sus feudos industriales diseminados por el mundo, adhieran fervientemente al comercio libre.**

**El comercio internacional beneficia a unas pocas empresas y a unas pocas familias propietarias, perjudicando o en el mejor de los casos dejando en igualdad de condiciones, al resto de las empresas y familias, cualquiera sea su lugar de radicación o residencia. Para mayor agravante -si cabe- el libre comercio -profetizado, publicitado e impuesto-, es sólo una pantalla para la financierización de la economía, que es el objetivo buscado (y por lo que se constata, alcanzado).**

**Al impulso de la liberalización del comercio se cuela el libre movimiento -fundamentalmente especulativo- de capitales, sin fronteras, limitaciones, ni controles, que es la única globalización verdadera.**

**En este dualismo económico que ha generado la globalización, la economía de mercado, la competencia mundial y el libre comercio, hay muy pocos que ganan mucho -muchísimo- y un resto enorme que transita la depresión silenciosa. Lo que se está intentando -aunque el discurso oficial sostenga lo contrario- es la perpetuación de las desigualdades superables, la negación de la posibilidad de tener oportunidades superiores a las nativas, de llegar a una sociedad más igualitaria.**

**El libre comercio perjudica seriamente a las economías de las naciones. Casi todos los problemas con que se enfrenta la Unión Europea -déficit público, aumento del desempleo, retroceso de la clase media, excesiva competencia, creciente endeudamiento de las empresas y degradación del medio ambiente- pueden estar relacionados con la política del libre comercio (extra regional) que ha estado siguiendo en los últimos años…**

**Esos son los daños ocultos del librecambio. El alto costo de un régimen que nos lleva a pensar en el libre cambio de los idiotas.**

**Una alucinación del desarrollo -la globalización de la libertad de mercado- que, entre la flexibilidad y la incertidumbre, opta por el miedo a ser uno mismo.**

**La doble vida de la globalización nos plantea un caso de vulnerabilidad económica: Unión Europea versus Estados Unidos. Podríamos sospechar si no estamos ante una situación de desigualdades provocadas. Si una mayor apertura de los flujos financieros y comerciales, hacen a la Unión Europea más vulnerable a las perturbaciones externas; ¿no se presentaría una situación asemejable a la de cobayas del neoliberalismo?**

**¿Ante la falsa globalización de la libertad de mercado, que nos imponen los fascistas económicos, es posible proyectar un futuro diferente al pasado reciente?**

**¿Puede imaginarse un cambio de paradigma?**

**¿Puede la economía salir del armario?**

**¿Será posible que nos devuelvan el cerebro?**

**¿Se animará Europa a quitarse el burka que la niega, la somete y castra desde finales de la Segunda Guerra Mundial y, sin solución de continuidad, desde el fin de la Guerra Fría?**

**(Hasta aquí lo publicado en abril de 2002)**

**Viejas y queridas causas perdidas o la amargura de la victoria…**

**Mientras espero (inútilmente) alguna respuesta de los “dogmáticos del mercado”, dejo a los que “ni estudian” (o que si lo hacen entienden bien poco, como han demostrado en varios países europeos), “ni trabajan” (y si todo sigue igual, tampoco trabajarán), antes que, irremisiblemente, “ni piensen” (destino final del proyecto neoliberal), el Epílogo del Ensayo (2002):**

**El libre comercio, podrá resultar un tópico cuya vigencia es muy difícil de remover, pero cuya injusticia sigue siendo flagrante (y se reitera).**

**Los puristas del librecambio nos aplastan con su rodillo económico y nos imponen un darwinismo económico cainita y fatal (se denuncia).**

**La liberación, la desregulación y la privatización castigan a la sociedad, avasallan la dignidad humana, amenazan el hábitat, debilitan progresivamente la autoridad gubernamental, y provocan el crepúsculo de la piedad (espera haberse demostrado)**

**Lo diga Agamenón o su porquero (asumo este último papel): Existe una larga sucesión de hechos contumaces que pueden valer por experimentos repetidos.**

**¡Ah!, y no se olviden: la igualdad de oportunidades es desigual (a ver si se enteran). El dilema no está en las pensiones, la sanidad o la educación, el problema está en el trabajo y en la distribución de los ingresos (y por ello sí, hay que salir a la calle)…**

**(Mayo 2013) Última pregunta (entre el enfado y la desazón del pensionista): ¿Existen algunas alternativas razonables para no terminar durmiendo en un parque o suicidándose?**



¿Cómo superar las tendencias marcadas por las curvas de pronósticos?

Una vez “fusilado” el Estado de bienestar (por influencia indebida), en lugar de gotitas de alivio, el camino para salir adelante podría ser un paquete de tamaño considerable, compuesto de varios elementos.

¿Por qué tomarse la molestia de pensar en otras posibilidades?

Porque con “más de lo mismo” (pensiones públicas “menguantes” vs. planes privados de pensiones “riesgosos”, sistema de reparto “desequilibrado” vs. sistema de capitalización “aventurado”, asistencia sanitaria pública “deficitaria” vs. seguro privado de salud “inalcanzable”, educación pública -aparcadero de niños y jóvenes-, fábrica de analfabetos funcionales vs. educación privada elitista -para niños y jóvenes de familias ricas- que cercena la igualdad de oportunidades), no se puede resolver el stock de deuda contraída con los pensionistas actuales y los inmediatos futuros. “Más de lo mismo”, únicamente conducirá hacia un “sufrimiento innecesario” antes de que dicho rumbo colapse de manera inevitable.

Seguir por este camino de eufemismos, ambigüedades, falsedades y absolutas mentiras (tanto públicas, como privadas) erosionará aún más la credibilidad de los formuladores de políticas -algo que aparentemente parecería no importarles- mientras que simultáneamente se impondría al resto de la sociedad -a los que sí, parece importarles- una sensación persistente de crisis e incertidumbre, con costos reales tanto sociales como económicos y financieros.

Como indicó Bill Gross (el cofundador y director de inversiones de Pimco, el mayor fondo de bonos privado del mundo) en el año 2009, estamos ante una [“nueva normalidad](http://www.eleconomista.es/fondos/noticias/1443610/07/09/Bill-Gross-anima-a-los-inversores-a-ser-clasicos-y-mantenerse-lejos-de-los-activos-con-mas-riesgo.html)”, para referirse a un nuevo escenario global caracterizado por un bajo crecimiento económico, un desempleo elevado y unos menores rendimientos sobre los activos.

Ante esa “nueva normalidad”, solo hay dos alternativas: reducir las expectativas de remuneración de las pensiones o intentar hacer magia.

Cuanto antes asumamos esa “nueva normalidad” (aunque nos parezca injusta e ilegal), y busquemos alternativas razonables para no terminar durmiendo en un parque o suicidándonos, mejor será, para poder vivir con cierta dignidad los últimos años.

(Para el caso español, que como ya dije, es el que me “pilla” más cerca)

La previsión del Instituto Nacional de Estadística (INE) es que dentro de 10 años, por cada diez personas en edad de trabajar (lo que no supone que tengan trabajo) habrá seis inactivos porque aún no hayan cumplido los 16 años, edad mínima para incorporarse al mercado laboral, o porque sean mayores de 65 años. Y para 2051 el 40% de la población estará jubilada y la esperanza de vida rondará los 90 años de edad. Echen cuentas. Nuestros hijos y nietos van a vivir mucho más que nosotros, pero se les va a hacer jodidamente largo.

El importe de las futuras pensiones también va a bajar. Su cuantía se calculaba teniendo en cuenta la base de cotización del trabajador y tomando como referencia los 15 últimos años de su vida laboral, y a partir de ahora la referencia serán 25. Para tener, además, derecho a la pensión máxima tendrá que haber cotizado 37 años, frente a los 35 actuales.

Si a los 67 años de jubilación les restan ustedes los citados 37, para situarse en el top ten de los jubilados será imprescindible incorporarse al mercado de trabajo a los 30 años, como muy tarde, y trabajar ininterrumpidamente hasta los 67. Misión imposible con el actual 52% de paro juvenil y el negro futuro que se otea en el horizonte. Sólo unos privilegiados lo conseguirán. Los actuales salarios de subsistencia de nuestros jóvenes garantizan unas pensiones igualmente de subsistencia, que permitirán al trabajador-beneficiario una vida austera, coherente y sin sobresaltos, porque de donde no hay no se puede sacar.

Una situación crítica, que exigirá sacrificios de los pensionistas, pero también (y más) de otros sectores (activos, parados, gobierno, empresas…). Solidaridad y austeridad de “toda” la sociedad. Y desde luego, con el mayor esfuerzo de contribución y frugalidad, por parte de aquellos que tienen los mayores recursos. ¿Se entiende, hijo? Sí Padre.

Así y todo, lo que resulta inadmisible (por inaudito y falaz) es “culpabilizar a la víctima” e intolerable (por cinismo y connivencia) que aquello que “antes era herejía hoy se sostenga como ortodoxia”.

Sin duda los países desarrollados están en una situación de “endeudamiento excesivo” (cuando la deuda de un país es tan cuantiosa que los beneficios del ajuste y del crecimiento van a parar por completo a manos de los acreedores), pero no es por causa de la deuda previsional (que ya existía y constaba en los registros) que se ha llegado a tamaño despropósito. Por ello, no es de recibo hacer pagar a justos por pecadores.

Asuntos a desarrollar

Según dicen los que saben en el año 2052, en España existirá por cada persona en edad de trabajar habrá otra dependiente, bien por estar en edad de retiro (podrán llegar hasta frisar los 90,7 años si son mujeres, o los 86,9 años si son hombres) o bien por ser menor de 16 años. Cambios demográficos y del mercado laboral: ¿ciencia ficción o realidad?

Puede que el 2052 parezca muy lejano. Pero a la luz de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), es imprescindible ponerse ya a construir el futuro. De hecho, empezará a haber problemas dentro de diez años, para cuando se prevé que haya casi seis personas inactivas por cada diez personas en edad de trabajar. Todo ello con una pirámide demográfica invertida, pues el envejecimiento progresivo provocará que en el 2022 España tenga 45 millones de habitantes, y 41,5 millones dentro de 40 años. De ellos, el 37% serán pensionistas. Llevando al extremo esta situación y tomando como referencia un sueldo de mileurista, en un futuro no muy lejano se necesitarían 8,5 cotizantes para poder pagar una pensión máxima.

A partir de estos “supuestos”, y actuando como “liquidador” de la quiebra del Estado propondría las siguientes medidas de liberalización. A ver si se animan a tomarlas (hasta sus últimas consecuencias), esos falsos liberales que tanto se rasgan las vestiduras frente a cualquier mención (o recurso) del Estado de bienestar.

*“Es preciso tocar las partidas estructurales del gasto, adelgazar el tamaño del Estado, gestionar mejor con menos dinero, porque los recortes sin reformas son autodestructivos en sí mismos en tanto en cuanto implican sangre, sudor y lágrimas, sin recompensa de victoria al final del camino. Son sufrimientos que perpetúan un statu quo que no funciona, y que, además, ponen en peligro la paz social”..*. (Jesús Cacho - Vozpópuli - **16/12/12**)

Una propuesta “liberal”: que cada Santo aguante su vela (na te pido, na me llevo)

- Eliminar el sistema jubilatorio de reparto.

- Todos los aportes previsionales actuales pasan al sistema de capitalización (o se dejan a la libre disposición del trabajador/ahorrador).

- El Estado asume la deuda previsional (como gasto público) para los pensionistas actuales.

- Para los mayores de 50 años (con 15 o 20 años más de trabajo futuro) crear un régimen mixto (50% con cargo al presupuesto y 50% capitalización).

- Eliminar el impuesto a las rentas del trabajo (a los menores de 50 años) para todos los ingresos por debajo de los 70.000 euros por año (por cuenta propia o ajena).

- Reducir en un 50% el seguro de desempleo para sufragar el mayor gasto de pensiones (en cuantía y duración). Eliminar cualquier otra prestación social sustitutoria.

- Eliminar toda contribución pública a las organizaciones sindicales, empresariales y partidos políticos.

- Eliminar todo tipo de subvenciones a los sectores productivos y deducciones fiscales a las empresas y particulares. Eliminar todo impuesto al ahorro y la inversión.

- Privatización o cierre de todas (repito, todas) las empresas públicas (a nivel nacional, autonómico o local). En el plazo de 1 año lo que no se puede vender se liquida.

- El Estado dejará de contribuir a “rescates” del sector privado cualquiera sea el riesgo sistémico que represente. En el plazo de 5 años se recuperará lo aportado hasta la fecha.

- Eliminar todo el gasto público en cursillos de formación para desempleados.

- Los jóvenes desempleados trabajarán en empresas como aprendices durante 3 años, por 400 euros por mes y sin cargas sociales.

- Eliminar todo régimen jubilatorio de privilegio en el sector público.

- Los empleados públicos también pierden su régimen de pensiones y sanidad especial.

- Implementar el cheque educativo (con libre elección de centro escolar -público de pago o privado). Los centros escolares públicos y concertados deberán autofinanciarse.

- Implementar el cheque sanitario (con libre elección del centro sanitario -público de pago o privado). Los centros sanitarios públicos deberán autofinanciarse.

- Eliminar el descuento del precio de las medicinas con cargo al sistema público de sanidad.

- Reducir el gasto público en la cifra necesaria para completar el gasto en pensiones proyectado (si fuera necesario, después de todas las economías previstas).

- Financiar con deuda pública a largo plazo el desfase financiero de los años de transición hasta la privatización plena de las pensiones (como última alternativa y al final, final, de todas las economías anteriormente indicadas). Se podría explorar la posibilidad de garantizar la deuda pública (específica) con las hipotecas inversas de las propiedades de los pensionistas del antiguo régimen (de reparto)…

… (queda abierto el listado para la contribución y el debate, de los lectores)

Para que hagan algunos cálculos los más jóvenes:

Desde Citi aportan un ejemplo para tres clientes de diferentes edades y un mismo objetivo para su jubilación, 250.000 euros: “Un cliente que comienza con 35 años, sólo tiene que aportar al año 4.251 euros; una persona que comienza con 45 años necesita aportar al año 8.073 euros, mientras que alguien que empieza con 55 años, necesitaría aportar 20.022 euros para conseguir el mismo objetivo de jubilación”.

Como ya señale anteriormente, mi sugerencia es que sean ustedes (los más jóvenes) los que administren su propio “fondo de pensiones” y no lo dejen en manos de las instituciones financieras o empresas. Para eso hay que ser muy ahorrativo, disciplinado, constante y prudente. Mucha suerte.

Directriz bajista (empujando la soga): una sociedad cada vez más pobre

¿Cuál es el resultado esperado (aunque no deseado) de la acción los políticos (al menos en los países ex-desarrollados)? La sociedad “mini”: miniempleos, minieducación, minisanidad, minipensiones, minilibertad, minidemocracia. La movilidad social inversa.

La clase política no renunciará a sus privilegios de casta, continuará gastando por encima de las posibilidades fiscales en beneficio propio, continuará endeudando a sus países para “socializar” las pérdidas de los bancos, o de las grandes empresas.

Proseguirá “encantando” la economía hacia el borde del abismo. El trabajo será precario, escaso y con salarios menguantes, la educación pública servirá para “aparcar” a los jóvenes privilegiando la cantidad en detrimento de la calidad, la sanidad pública continuará disminuyendo las prestaciones y calidad del servicio, dejando a la mayor parte de la población fuera de cobertura (situación tercermundista). Un bucle siniestro.

Y los pensionistas (hay… los pensionistas), tendrán que ayudar a sus hijos (y tal vez a sus nietos), verán disminuir sus rentas al ritmo de la inflación (o tal vez más), serán mal atendidos por la sanidad pública (les tomarán la presión con el abrigo puesto), vivirán como mendigos, reclamando sin éxito el cumplimiento del “Contrato Social”…

**Post scriptum (sin esperanza y sin miedo): liberalismo para exegetas liberticidas**

“Hay que “aggiornar” al estado del bienestar. Intentar que el ciudadano asuma la responsabilidad de sí mismo. Darle libertad y responsabilidad.

En este proceso de trasvasamiento de iniciativas y riesgos al sector privado el gobierno pierde cometido y por consiguiente contenido.

En España (Europa) falta ciudadano y sobra gobierno. Hay una dejación de responsabilidades individuales. Podría decir -si se me permite- que existe una inmadurez personal y un estado paternalista plenipotente.

Más de lo mismo es imposible. Más allá de razones ideológicas -que he intentado no utilizar- y de razones históricas, existe una estricta lógica económica que se torna incontrastable.

- el envejecimiento y longevidad de la población hace difícil de continuar un sistema jubilatorio de reparto con una relación activos/pasivos de 2 a 1. De continuarse el sistema actual sólo podrá hacerse -hasta su quiebra- disminuyendo los haberes jubilatorios o apelando a fondos presupuestarios ajenos al sistema y que generaran déficit público o disminuirán otras inversiones prioritarias.

- el sistema sanitario, en general -sea público o privado-, cada vez requiere mayores fondos. Los avances de la medicina, la tecnología aplicada (tomografía computada, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, trasplantes, genética, prótesis, etc.) y el envejecimiento de la población potencian un gasto que supera en muchos países europeos el 10% del PIB. También existen, las llamadas, enfermedades sociales (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, sida), que aumentan el gasto en forma exponencial y finalmente la provisión de medicinas gratuitas o subvencionadas, llevan la factura sanitaria a niveles insostenibles, y que sólo se contienen en detrimento de la calidad del servicio (masificación, listas de espera, fallos médicos, etc.).

- el sistema de subsidio de desempleo, las oficinas de empleo y los cursos de formación ocupacional, son abusivos, contraproducentes, clientelares, placebos, denigrantes, inútiles, incontrolables insostenibles.

El subsidio de desempleo, si bien ayuda -en la emergencia- al parado, se torna muchas veces una fuente de fraude, ingreso complementario, clientelismo político, evasión de responsabilidades por parte del perceptor, y disculpas con cargo al presupuesto de una inacción gubernamental para crear empleo. Cuanto menos -en bastantes casos- se torna un sistema desalentador de la búsqueda de trabajo.

Las Oficinas Nacionales de Empleo -en principio y por lo visto- sólo sirven para proveer de empleo a los propios funcionarios ahí ocupados. Un enorme aparato burocrático que no busca empleo, que no controla a los que cobran el subsidio de desempleo, y que sólo registra estadísticamente el drama humano de los que por sus oficinas pasan.

Finalmente los cursos de formación ocupacional -según lo constatado- son totalmente inútiles para los parados. Sólo resultan provechosos para los burócratas que los programan, para los sindicatos y asociaciones empresarias que se quedan con buena parte de los subsidios -¿cómplices silenciosos?- y para las empresas de formación subcontratadas.

En España (Europa) existe, lo que podríamos llamar, una “industria del paro”, con un mendicante beneficiario, el trabajador, un mendaz aprovechador, algunos empresarios, y un sátrapa funcional, el gobierno.

Amparada en el estado del bienestar se ha generado una masa funcionarial que alcanza el nivel comunitario, nacional, provincial y local. La marea humana de burócratas se “come” la mayor parte del gasto público. O sea que “ella se lo guisa y ella se lo come”.

La patrimonialización del estado ha permitido a los partidos políticos hacer del aparato gubernamental y empresas oficiales su “botín de guerra” prebendario y clientelar. Empleo vitalicio, horario mínimo continuo, sistema jubilatorio y asistencial independiente, licencias varias y sin control, ventajas de todo tipo, fondos reservados y viáticos, despachos y parque móvil, tarjetas de crédito sin límite de gasto, pasajes libres de costo, choferes, secretarias, y en su caso custodios, hacen de estos personajes una casta privilegiada que dispara con “pólvora del Rey”.

Con lo anterior hemos formado las cuatro patas que garantizan la cantera electoral de cualquier gobierno. El voto del miedo. El voto clientelar. El voto cautivo.

Si cambia el gobierno van a rebajar la jubilación. Si cambia el gobierno van a cobrar las medicinas, o peor aún, van a privatizar la jubilación y la sanidad. Si cambia el gobierno quitan o disminuyen el subsidio de desempleo. Si cambia el gobierno van a reducir el sector público.

En grandes números, entre jubilados, parados y funcionaros públicos “temerosos” más algunos usuarios (fuera de esos tres sectores) de la sanidad reunimos fácilmente un 50/60% del electorado y si a ello agregamos los familiares de los “agraviados” -influenciados o influenciables- tenemos una cantera que asegura la perpetuación de la demagogia. Muy mal lo tiene que hacer un partido político en ejercicio del gobierno para no ser -¿democráticamente?- reelecto.

Estas pequeñas muestras -que no las únicas- confirman la necesidad de cambio; demuestran que el infarto -casi podríamos hablar de muerte súbita- está a la vuelta de la esquina, y que el riesgo de una rebelión fiscal es el mal más benigno con que puede reaccionar el cuerpo social español (europeo).

Primero hay que asumir la realidad (por aquello de que es la única verdad), luego hay que explicarla (a todos los involucrados), entonces vendrá el debate (con luz y taquígrafos), el posible acuerdo consensuado, las reformas necesarias, las prioridades correspondientes y un acomodamiento de las necesidades -ilimitadas- a los bienes disponibles -limitados-.

No deben ser los políticos los que “decidan” como se reparte el pan y la sal. Sino los que hagan -mandatarios- lo que el pueblo elija, opte, resuelva. Es hora que los políticos vuelvan a ser “representantes”. Que sean servidores públicos y dejen de servirse de lo público.

Antes que el sistema quiebre, antes que estalle la rebelión social, los políticos, los empresarios cortesanos, y todo el aparato clientelar deberá acomodar el bocado de su ambición al pastel de los recursos.

Tal vez la historia no se repita, pero bueno es mirar un poco hacia atrás para proyectar el futuro.

La economía no debe hacerse sobre los ancianos, los enfermos, los parados, los pobres, los estudiantes, el medio ambiente, los servicios públicos, las infraestructuras, y la cultura.

La economía debe hacerse en la burocracia, el gasto corriente, los contratos del estado, la corrupción, el clientelismo, el electoralismo, las subvenciones a poderosos, la demagogia, la incapacidad, el despilfarro, el mesianismo, el afán de notoriedad, los gabinetes de imagen y las encuestas de intención de voto.

Los ciudadanos españoles (europeos) deben asumir su responsabilidad. Dejar de tomar la “sopa boba” de los subsidios. Abandonar su actitud “estabular” dependiente del gasto público. No continuar con una actitud pusilánime y un silencio mendicante que les lleva a conceder poco menos que el “derecho de pernada” a sus gobernantes. Deben disentir, deben participar, deben votar. Y si es necesario deben rebelarse como lo hicieron tantas veces -para bien- a lo largo de la historia.

“Con” esperanza y sin miedo, los jóvenes deben reclamar -exigir- lo que es suyo: derecho al trabajo, derecho a la educación, equidad, libertad, democracia, cuidado del planeta, sanidad, vivienda, seguridad, honestidad, ética, responsabilidad, identidad cultural, justicia, solidaridad, información, comunicación, arte. Abandonar el rol suicida social de la indiferencia, apagar el walkman, y si es posible la televisión, dejar de alcoholizarse o drogarse y recuperar el idealismo, la combatividad y hasta la utopía. Ser sujetos y no consumidores. Hacer la historia y no verla por televisión.

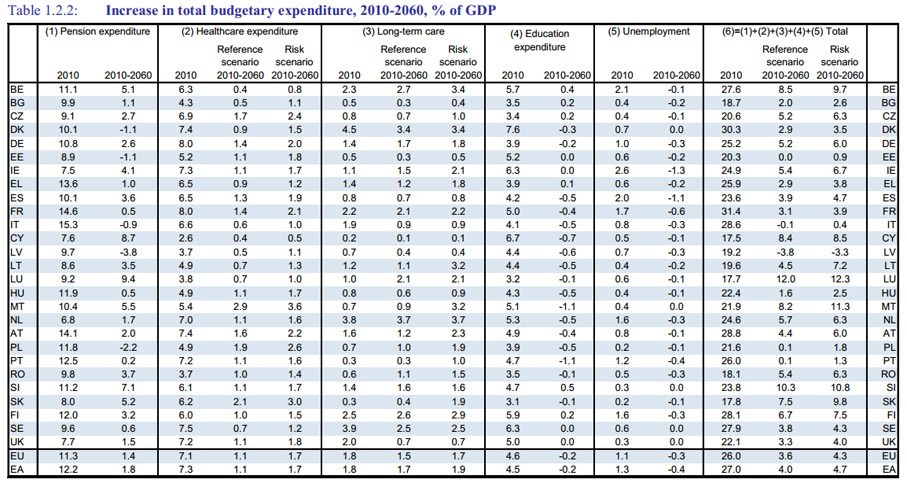
Interpretando a Francois Furet podríamos concluir: “Ni el fin del comunismo, ni la globalización económica modifican en nada la exigencia democrática de otra sociedad… La desaparición de ciertas figuras familiares de nuestro siglo sólo pone punto final a una época, mas no agota el repertorio de la democracia”...

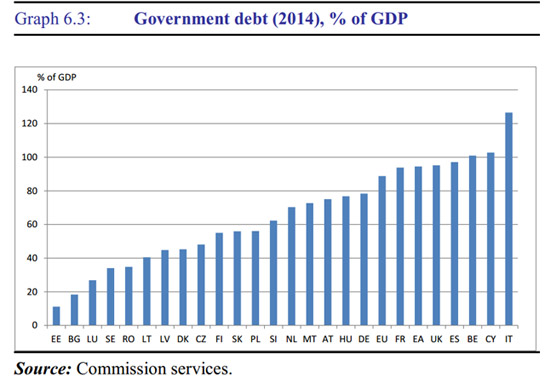
Estas reflexiones fueron escritas a principios del año 1998. Corresponden al Capítulo XIV (Tendencias - Propuestas) del Ensayo “Globalización Económica (el imperio de la mediocridad)”.

Es lamentable constatar su vigencia. Una evidencia, deplorable, de lo poco o nada que se ha hecho por mejorar el funcionamiento de la economía española (en particular) y europea (en general) en los últimos 15 años. Un tiempo perdido entre burbujas y medianoche.

Fatuos burócratas: a ver si se animan, esta vez… (para no repetirles la misma cantinela dentro de otros 15 años; aunque con la sanidad y las pensiones vigentes, creo que no llegaré)… Vamos, recuerden a María Antonieta, y actúen antes que llegue la guillotina.

- Informe de la Comisión Europea - (El Confidencial - **19/12/12**)





**Unos “cuadros” para colgar en el Museo del Prado, o el Louvre, o la National Gallery, o la Gemaeldegalerie o la Galería Uffizi, o el Rijks (aprovechando su reapertura), o el Kunsthistorisches… y mirarlos muy bien, y volver a mirarlos… antes de “colgar” a los políticos o “colgarse” uno mismo (es que a la fuerza ahorcan)... Pero antes, habría que pedir explicaciones y aclararse uno mismo -haciendo el esfuerzo de pensar, por favor- que post guerra estamos viviendo (sin una guerra real previa) para padecer semejantes sacrificios. ¿Quiénes han sido los “mariscales” de la derrota? ¿Cuál es el tribunal que los juzgará? ¿Qué castigo ejemplar se les impondrá?... ¿Hasta dónde puede llegar esta rutina de los rescates?**

**Muchas familias están descendiendo en la escalera económica que sus padres y abuelos ascendieron, y a menudo han pasado a depender de las decrecientes pensiones de esos mismos jubilados. Las familias que ya eran pobres están cayendo en los brazos de los organismos de beneficencia, que apenas dan abasto.**

**Andreas Schleicher, asesor especial de educación en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), dice que Estados Unidos es actualmente la única gran economía del mundo en la que la generación más joven no estará mejor educada que la anterior. Las estadísticas del informe anual de la OCDE muestran que sólo uno de cada cinco adultos jóvenes de EEUU consigue un nivel educativo más alto que el de sus padres. (**EEUU: el ascenso social va en descenso - The Wall Street Journal - **17/12/12**)

**Este es uno de los índices más bajos de ascenso social en el mundo desarrollado.**

**A pesar de ser un país cuya imagen está basada en el optimismo y la oportunidad, EEUU es ahora un lugar en el que es poco probable que un hijo con padres poco educados llegue a la universidad. Mucho menos probable que en cualquier otro país industrializado.**

**Es exactamente lo contrario a un final feliz de Hollywood.**

**Además, sólo uno de cada cinco jóvenes adultos en EEUU se identifica ahora en términos educativos con la “movilidad descendente”, pues a pesar de tener padres con posgrados, ellos no pueden alcanzar ese nivel universitario.**

**Un estudio realizado por el Centro Pew examinó el fenómeno del descenso social y encontró que un tercio de los adultos de clase media abandonará ese estatus en algún momento de su vida adulta.**

**Los hallazgos reflejan una percepción de inseguridad moderna, pues las familias ya no pueden suponer que sus hijos serán prósperos. De hecho, se espera que aproximadamente una cuarta parte de los niños nacidos en la clase media bajen de estatus.**

**Nada de esto encaja con la imagen de EEUU como lugar ideal para empezar de cero y de millonarios que se hacen a sí mismos.**

**“El sueño americano se ha estancado”, dice el informe de la American Asociation of Community Colleges, que además describe a una sociedad en donde los ingresos familiares han caído durante más de una década.**

**“Es más probable que un niño que nace pobre en Estados Unidos hoy en día, siga siendo pobre el resto de su vida, mucho más que en ningún otro momento de nuestra historia. Muchas otras naciones ahora nos superan en nivel de estudio y movilidad económica. La clase media estadounidense se está encogiendo ante nuestros ojos”.**

**Vuelvo a preguntar Señores: ¿Qué guerra se ha perdido? ¿Qué deuda de guerra se está pagando? ¿En nombre de qué o quién, se está condenando a la pobreza a tanta gente (de tres generaciones)? ¿Por qué nos han robado (hasta) el futuro?**

*“Los bancos convencionales han perdido mucho, y ahora están en el proceso de depreciarse en cientos de miles de millones de dólares, que es mucho dinero. Y mientras discutimos sobre esto, y hablamos de la ralentización de la economía a causa de los problemas del sector bancario, nadie se ha hecho la pregunta de ¿quién es el responsable de esto? No se ha hecho ninguna investigación, no se ha escrito ningún editorial. Si un empleado mediano comete un error y pierde dinero, se hacen muchas investigaciones, pero por cientos de miles de millones nadie hace nada. La gente responsable de esto está probablemente jugando al golf, y no les importa. Sus salarios no se han visto afectados. Pero, eso sí, nadie le deja dinero a una mujer pobre por si no lo puede devolver”…* Muhammad Yunus, Presidente del Banco Grameen y Nobel de la Paz) - De mi Ensayo: **La codicia de los mercados (el virus mutante)** - **De la crisis de crédito a la crisis del descrédito - Diciembre de 2008**

**(Noviembre 2013) Pensionistas: las “últimas víctimas” de la represión financiera**

**Los “fundamentalistas” del superávit primario, los “vigilantes” de los bonos, los “demoledores” del Estado de Bienestar, lo han “dispuesto”: solo estudiarán aquellos que tengan recursos económicos, solo serán curados aquellos que se puedan pagar el tratamiento, solo recibirán pensiones aquellos que hayan contratado planes privados. Todos los demás, serán “descartados” del sistema a causa de su “externalización negativa”. Una forma “políticamente correcta” de llamar a los “campos de exterminio”, en los tiempos de la globalización.**

**La escuela ha terminado. No hay que ponerse enfermo. Se debe trabajar hasta la muerte. El equilibrio perfecto. Presupuestos austeros. Déficit cero. Sostenibilidad de la deuda. Una auténtica política macroprudencial. La maquinita de la felicidad.**

[](http://www.intereconomia.com/noticias-gaceta/sociedad/eutanasia-belgica-o-que-por-venir-20131003)

**Una foto vale más que mil palabras**

**Así como la imagen de un hombre en un hospital del noreste de China mientras aguardaba pacientemente su turno en una sala de espera con media hoja de un cuchillo clavada en su cráneo, me sirvió para llevar al extremo el “esperpento” de las carencias y deficiencias del sistema público de salud, la presentada más arriba, puede simbolizar la “respuesta oficial” de las autoridades políticas europeas (o norteamericanas) de cara al “molesto” contribuyente, que pide demasiado del estado y paga muy poco por los servicios prestados.**

**Una verdadera “solidaridad directa”… además de una solución “sostenible”… “no dependiente”… y sin duda, de “larga duración”…**

**Queda por saber si esa “solución” estará adaptada a las “expectativas de los ciudadanos” y si, llegado el caso, no “querrán decidir por sí mismos”, pero eso a los políticos les debería importar bien poco, porque ellos solo están convocados para “fines superiores”. Están preocupados por evitar que la gente se corrompa recibiendo los beneficios del Estado del Bienestar que los hace dependientes. O sea.**

**Un recorrido de cabotaje, por la hemeroteca (2011 - 2013)**

Pensionistas en riesgo de pobreza (los pordioseros de la tercera edad)

*“España es uno de los países europeos con mayor porcentaje de pensionistas en riesgo de pobreza relativa, un 19,3%, sólo por detrás de siete de los otros 26 Estados que componen la UE -Letonia, Chipre, Estonia, Bulgaria, Lituania, Reino Unido y Finlandia-, según un informe de los Técnicos del Ministerio de Hacienda (GESTHA) hecho público hoy con motivo de la reforma del sistema de pensiones”...* El 77% de los pensionistas no llega a “mileurista” y uno de cada cinco corre el riesgo de pobreza (Gaceta.es - **24/1/11**)

Sin embargo, se da la circunstancia de que los jubilados del Reino Unido y Finlandia cobran mayores pensiones que los españoles. Así, la pensión contributiva media española representa el 63% de la pensión media de la UE-15, frente al 92% y 93% de los jubilados británicos y finlandeses, respectivamente.

Además, los Técnicos recuerdan que las pensiones en nuestro país son “reducidas”, hasta el punto de que un 77% de los pensionistas españoles no llega siquiera a ser “mileurista”, a lo que hay que añadir una pérdida de poder adquisitivo superior a la de la mayoría de países europeos más desarrollados.

En este sentido, Gestha señala que la relación de ingresos de los jubilados españoles respecto a los de aquellos menores de 65 años se encuentra por debajo de la media europea. Concretamente, la pensión de un jubilado español representa el 49% de los ingresos medios que cobran los españoles de entre 50 y 59 años.

Por otro lado, los Técnicos de Hacienda recuerdan que el gasto en pensiones de España en proporción a su Producto Interior Bruto (PIB) es de los menores de la UE-15. Concretamente, este gasto se situó en el 8,9% durante el ejercicio 2010, frente al 10,2% de media en la UE-27.

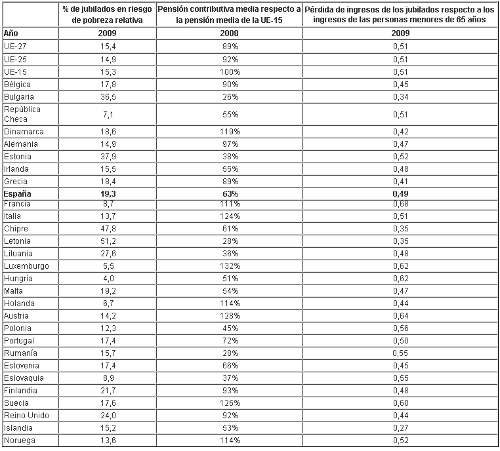
Además, y según las estimaciones publicadas por la Comisión Europea la pasada semana, el gasto español en pensiones continuará en niveles inferiores a los de la Europa de los 27 durante al menos dos décadas más.

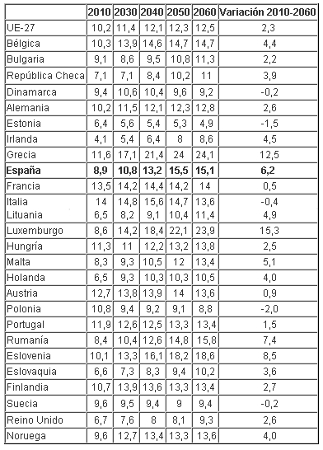
Mejoras en materia de pensiones

Ante esta situación, los Técnicos de Hacienda valoran positivamente el esfuerzo que los diversos gobiernos españoles vienen realizando en estos últimos años para aumentar la pensión media de jubilación, así como para mejorar al resto de pensiones contributivas.

A lo largo de los diez últimos años, la pensión contributiva media se elevó en casi un 60%, hasta alcanzar los 785,83 euros mensuales, con un repunte especialmente pronunciado en el caso de las prestaciones a favor de familiares (+76%), viudedad (+65%) y jubilación (+58%).

Sin embargo, el colectivo considera que la negociación y aprobación de la próxima reforma de las pensiones debe realizarse “sin prisas” y respetando la concertación social y el pacto de Estado que existe actualmente en torno a esta materia. “La necesidad de quitar incertidumbre a los inversores de los mercados financieros y reducir el diferencial de la prima de riesgo de la deuda pública no justifica lo contrario”, subrayan desde Gestha.

****



Alternativas

Los Técnicos de Hacienda proponen diversas alternativas para mantener la viabilidad y sostenibilidad del sistema público de pensiones, entre las que destacan la creación de un sistema mixto de financiación, la mejora de la eficiencia en la recaudación tributaria a través de la lucha contra las grandes bolsas de fraude o el desarrollo de incentivos para alargar voluntariamente la edad de jubilación.

En primer lugar, Gestha recomienda introducir una parte de la recaudación de impuestos en el sistema de pensiones, además de las cotizaciones sociales. A su juicio, esta medida permitiría financiar con impuestos casi 5.400 millones de costes administrativos de gestión anual de la Seguridad Social.

En segundo lugar, los Técnicos abogan por mejorar la eficiencia del gasto público y la reducción de la economía sumergida, especialmente en la lucha contra el fraude laboral, con el fin de atajar el endeudamiento de las Administraciones Públicas y aliviar las tensiones en el coste de la deuda pública.

Para Gestha, el Ministerio de Economía y Hacienda “debería convertir la lucha contra la economía sumergida en una prioridad, en lugar de exigir sacrificios a los trabajadores y pensionistas”, puesto que “el verdadero lastre de las cuentas públicas es la evasión fiscal de más de 88.000 millones de euros cada año”.

Convergencia de la edad legal y real de jubilación

Entre los años 1991 y 2008, la tasa de supervivencia de los españoles mayores de 65 años se incrementó en 2,4 años, situación que, a juicio de los Técnicos, “no justifica por sí misma la necesidad de aumentar la edad real de jubilación hasta los 67 años”.

En su lugar, el colectivo aboga por acomodar en esos dos años la edad real de 63,27 años a la edad legal de jubilación. Para lograrlo, Gestha propone articular incentivos para el alargamiento voluntario la edad de jubilación, limitar las reducciones de plantilla en las empresas con beneficios y disminuir los coeficientes reductores para la jubilación anticipada.

Las obligaciones contraídas por los sistemas de jubilación para la población actual alcanzan los 30 billones de euros

*“Desde hace más de dos años, el tema central en la economía mundial es la crisis de deuda en Europa. Los países de la UE han emitido cientos de miles de bonos en los últimos años y los mercados ahora dudan de que vayan a ser capaces de hacer frente a sus obligaciones de pago. Sin embargo, existe una deuda oculta de la que se habla mucho menos pero que amenaza por igual a las economías europeas: las pensiones”...* Los estados europeos deben en pensiones cinco veces más que en bonos (Libertad Digital - **21/1/12**)

Las obligaciones contraídas por los estados del Viejo Continente en materia de prestaciones de jubilación suman 30 billones de euros. Esto supone, según Bloomberg, cinco veces más que la cantidad de bonos en circulación. Normalmente, no cuenta como deuda, porque no se emite, ni hay mercados ni existen inversores. Sin embargo, la obligación de pago es similar a la que existe con una letra o un bono del Tesoro: el Estado se ha comprometido a abonar esas pensiones y no puede dejar de hacerlo.

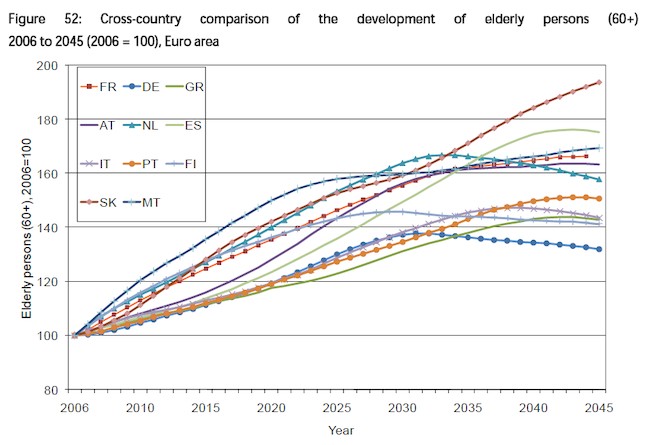
De hecho, desde un punto de vista político, es más fácil para cualquier Gobierno decretar un impago de la deuda (pese a las catastróficas consecuencias que tiene, como estamos viendo en Grecia) que anunciar un recorte drástico en las pensiones. Por eso, a la hora de valorar el estado de las finanzas europea no sólo hay que mirar a las subastas de los tesoros nacionales: existe una carga mucho más pesada sobre sus espaldas y nadie sabe si sus ingresos futuros podrán soportarlo.

La teoría dice que las pensiones de la Seguridad Social (o sus equivalentes en los demás países de la UE) se pagan con las contribuciones de los trabajadores presentes. Mientras, la deuda y el resto del gasto salen de los impuestos. Sin embargo, está claro que si alguna vez no hay cotizaciones suficientes, entonces el dinero de las pensiones comenzará a llegar también de los impuestos.

Los medios especializados advierten cada cierto tiempo que los riesgos de los sistemas de pensiones en Europa están asociados al aumento en la esperanza de vida, así como a la falta de nacimientos. Cada vez hay más mayores de 65 años y menos trabajadores. En la década de los 60, podía haber 30 o 40 cotizantes por jubilado; ahora hay 3-4 y la tendencia es a que la ratio siga cayendo.

Todo esto ha quedado claro en un informe del Banco Central Europeo (BCE) publicado estos días y en el que se utilizan los datos de un estudio realizado hace un par de años en los Veintisiete países de la UE. Según sus cálculos, en 2060 el gasto en términos reales habrá aumentado un 25% y supondrá el 14% del PIB europeo.

En estos momentos, el Viejo Continente tienen ya la mayor proporción de población de más de 60 años del mundo y esa tendencia se acentuará. El 35% de sus habitantes en 2050 estará por encima de esa edad, frente al 22% en el resto del planeta. A mitad del siglo XXI, habrá unos 350 millones de personas en la OCDE que pertenecerán a la Tercera Edad, cuando en 1970 apenas sumaban 85 millones. Y la esperanza de vida en Europa aumenta a una velocidad de cinco horas al días (algo bueno, pero que debe hacernos reflexionar).



En España, la situación es especialmente preocupante. Según se puede ver en el gráfico anterior, será el segundo país con un mayor incremento en la población de más de 60 años en 2050. Sólo Eslovaquia nos supera.

Muy probablemente, la solución vendrá de la mano de recortes en las pensiones. Con la excusa de hacer sostenible el sistema, los políticos reducirán la cuantía de las prestaciones o harán más difícil acceder a las mismas. En España, hace unos meses cómo se retrasó la edad de jubilación a los 67 años y se amplió la base de cálculo (de 15 a 25 años, para reducir las prestaciones). Las previsiones de los estudios oficiales dicen que para 2060, la pensión en Francia supondrá sólo un 48% del salario medio, cuando ahora es del 63%. Y posiblemente la edad legal de jubilación estará alrededor de los 75 años.

Ningún político lo llamará así, pero esto es una quiebra en toda regla del sistema de pensiones. Cuando los trabajadores actuales comenzaron su vida laboral, les prometieron unas condiciones y se las cambian a mitad de la partida. La quiebra no es completa, pero incluye una quita obligatoria; también esto es muy parecido a lo que está haciendo Grecia con sus bonos, no pagar parte de sus promesas y obligar a sus acreedores a aceptar un descuento.

La Unión Europea tiene la palabra: el Libro Blanco de las pensiones “menguantes”

- La UE establece planes para conseguir unas pensiones adecuadas, seguras y sostenibles (Europa - Press Releases - **16/2/12**) Lectura recomendada

Bruselas, 16 de febrero de 2012. En la actualidad, las pensiones constituyen la principal fuente de ingresos de aproximadamente una cuarta parte de la población de la UE y, más adelante, los jóvenes europeos también acabarán dependiendo de las pensiones. A menos que Europa proporcione unas pensiones dignas, ahora y en el futuro, millones de ciudadanos se verán abocados a la pobreza en la vejez. Europa también está envejeciendo, ya que las personas viven más tiempo y nacen menos niños. A partir del próximo año, la población activa de la UE también empezará a disminuir. Las pensiones cada vez ejercen más presión financiera en los presupuestos nacionales, en particular con el factor añadido de la crisis financiera y económica. Para respaldar estos esfuerzos, la Comisión Europea ha publicado un Libro Blanco relativo a unas pensiones adecuadas, seguras y sostenibles. En él se examina de qué manera la UE y los Estados miembros pueden trabajar para combatir los principales problemas por los que atraviesan los sistemas de pensiones. Se presentan una serie de iniciativas: para contribuir a crear las condiciones adecuadas para que, quienes puedan, sigan trabajando, de manera que se alcance un mayor equilibrio entre el tiempo de trabajo y el tiempo de jubilación; para garantizar que las personas que se desplazan a otro país puedan conservar sus derechos de pensión; y para ayudar a los ciudadanos a ahorrar más, velar por que se cumplan las promesas en materia de pensiones y garantizar que los ciudadanos obtengan lo que esperan en el momento de su jubilación.

En la presentación, en Bruselas, del Libro Blanco a la prensa, László Andor, Comisario de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión de la UE, ha afirmado: “Garantizar unas pensiones adecuadas para el futuro es posible, si cumplimos hasta el final nuestros compromisos de reforma. Ya estamos notando el impacto del envejecimiento; los nacidos del boom de natalidad se están jubilando y cada vez son menos los jóvenes que se incorporan al mercado laboral. Pero aún no es demasiado tarde para superar estos retos”. El Comisario ha añadido que aumentar la edad de jubilación es importante y ha afirmado que una encuesta reciente del Eurobarómetro ha puesto de manifiesto que muchos europeos seguirían en el mercado de trabajo después incluso de la edad en la que podrían cobrar una pensión si las condiciones fueran adecuadas.

El Libro Blanco, que coincide con 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, se basa en los resultados de una amplia consulta que se puso en marcha en julio de 2010. Aborda diferentes ámbitos políticos y está plenamente en consonancia con el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento 2012 de la Comisión. Las medidas a nivel europeo apoyarán y complementarán las reformas nacionales en materia de pensiones. El Libro Blanco propone, en particular:

• Crear mejores oportunidades para los trabajadores de más edad, instando a los interlocutores sociales a adaptar los lugares de trabajo y las prácticas de los mercados laborales y recurriendo al Fondo Social Europeo para que los trabajadores de más edad puedan acceder al empleo. Capacitar a las personas para que trabajen más tiempo es uno de los componentes centrales de 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

• Constituir planes privados de jubilación complementarios animando a los interlocutores sociales a crearlos y a los Estados miembros a optimizar los incentivos fiscales y de otro tipo.

• Mejorar la seguridad de los planes de pensiones complementarios, por ejemplo mediante la revisión de la Directiva sobre fondos de pensiones de empleo y la mejora de la información al consumidor.

• Hacer que los planes de pensiones complementarios sean compatibles con la movilidad, protegiendo, a través de la legislación, los derechos de pensión de los ciudadanos que se desplazan e impulsando el establecimiento de servicios de rastreo de pensiones en toda la UE. De este modo es posible proporcionar a los ciudadanos información sobre sus derechos de pensión y previsiones sobre sus ingresos tras la jubilación.

• Animar a los Estados miembros a que fomenten la prolongación de la vida laboral, vinculando la edad de jubilación a la esperanza de vida, restringiendo el acceso a la jubilación anticipada y eliminando las diferencias que existen entre hombres y mujeres en materia de pensiones.

• Seguir con el seguimiento de la adecuación, la sostenibilidad y la seguridad de las pensiones y apoyar las reformas de los Estados miembros en materia de pensiones.

Contexto

Los pensionistas constituyen una parte significativa y en rápido crecimiento de la población de la UE (ciento veinte millones o el 24 %), en particular debido a que los nacidos del boom de natalidad empiezan a alcanzar la edad de jubilación y el número de trabajadores en la edad laboral principal está descendiendo. En 2008, por cada ciudadano de la UE de sesenta y cinco años o más había cuatro personas en edad de trabajar (15-64 años). De aquí a 2060, esta relación bajará a dos personas en edad de trabajar por cada ciudadano de sesenta y cinco años o más. El impacto del envejecimiento demográfico se ha visto agravado aún más por la crisis económica. Las pensiones ya representan un porcentaje muy alto del gasto público: una media del 10 % del PIB en la actualidad, que posiblemente llegue hasta el 12,5 % en 2060. No obstante, el gasto en pensiones públicas, que va del 6 % del PIB en Irlanda al 15 % en Italia, pone de manifiesto que, si bien los países afrontan problemas demográficos similares, la situación varía bastante de un país a otro. La crisis afecta a los planes de pensiones basados en un sistema de reparto a través de la caída del empleo y el consiguiente descenso de las cotizaciones, mientras que los planes de capitalización se ven afectados por la caída del valor de los activos y la bajada del rendimiento.

Aunque los sistemas de pensiones son en gran medida competencia de los Estados miembros, la UE puede contribuir con legislación sobre las cuestiones que afectan al funcionamiento del mercado interior, con ayuda financiera para que los trabajadores de más edad puedan permanecer en el mercado laboral, con coordinación de políticas y con aprendizaje mutuo. Las reformas de los sistemas de pensiones se evalúan en el marco de la estrategia Europa 2020. En 2011, dieciséis Estados miembros recibieron una recomendación específica relativa a las pensiones, y otros cinco firmaron reformas en materia de pensiones como parte de sus Memorandos de Acuerdo (más información en el anexo III del Libro Blanco).

Más información:

El Libro Blanco sobre las pensiones:

http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7341&langId=en

Eurobarómetro sobre envejecimiento activo

IP/12/16 + MEMO/12/10 sobre envejecimiento activo

Sitio web de la Comisión Europea sobre pensiones (asuntos sociales):

http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=752&langId=en

Sitio web de la Comisión Europea sobre pensiones (mercado interior):

http://ec.europa.eu/internal\_market/pensions/index\_en.htm

Sitio web de la Comisión Europea sobre pensiones (asuntos económicos y financieros):

http://ec.europa.eu/economy\_finance/structural\_reforms/ageing/pensions/index\_en.htm

Véase también:

VNR: Bridging Europe's pensions gap

Video animation on pensions

- Citizens' summary White Paper on Pensions - EU proposal explained

WHAT'S THE ISSUE?

How to ensure the adequacy of pensions in ageing societies without putting public finances under too much strain? Today there are roughly 4 people of working age for every person of retirement age - a 4 to 1 ratio. In 50 years' time, the ratio will be only 2 to 1 ¡V a dramatic shift, and a major challenge for pensions as there will be more people of pension age and fewer workers to help support them. But with the right response, adequate pensions can be secured for the future.

WHAT'S BEING PROPOSED?

**\*** The EU pensions white paper suggests measures to help EU countries ensure adequate pensions in an affordable and sustainable way, by:

- encouraging people to stay in work longer and save more for their retirement

- enhancing the safety and cost-effectiveness of such savings.

WHO WILL BENEFIT AND HOW?

\* Potentially all European citizens ¡V as they plan for and receive their pension.

\* This White Paper presents a number of policy initiatives through which the EU can support national policy makers in their efforts to secure adequate pensions for the future.

WHY DOES ACTION HAVE TO BE TAKEN BY THE EU?

\* Pensions are increasingly a matter of common concern in the EU ¡V because of the central importance of pensions for Europe¡¦s social and economic success, and the fact that pension policies in one country can have effect on other countries.

\* The whole EU has an interest in helping every single member country to reform their pension system and retirement practices successfully.

\* Coordinated EU action is needed to ensure people do not lose their pension rights when moving to another EU country, to ensure consumers fully benefit from the internal market by ensuring they have good competition and choice between pension products and to maintain stability of public finances and the EU economy.

\* The public consultation on pensions has shown that action on pensions is expected from the EU.

WHAT EXACTLY WILL CHANGE?

\* EU policies will offer more comprehensive and better coordinated support for national pension and retirement reforms that encourage and enable people to earn adequate, sustainable and safe pension entitlements by working longer and increasing their complementary retirement savings in a cost-effective manner.

WHEN IS THE PROPOSAL LIKELY TO COME INTO EFFECT?

\* The proposals will be discussed in 2012-2013. Legislation would only take effect some years later.

El Fondo Monetario Internacional ayuda a… “meter más miedo en el cuerpo”

*“El Fondo Monetario Internacional ha presentado hoy los capítulos analíticos de su Informe de Estabilidad Financiera (GFSR, por sus siglas en inglés) donde la organización reconoce que “si el promedio de vida aumentara para el año 2050 tres años más de lo previsto hoy, los costes de envejecimiento “que ya son enormes” aumentarían un 50 por ciento”...* FMI: Los costes del envejecimiento podrían crecer un 50 por ciento antes de 2050 (El Economista - **11/4/12**)

Según la organización, para neutralizar los efectos financieros del riesgo de longevidad, es necesario “combinar aumentos de la edad de jubilación (obligatoria o voluntaria) y de las contribuciones a los planes de jubilación con recortes de las prestaciones futuras”.

En un ejemplo, el FMI muestra que en el caso de los planes privados de pensiones de Estados Unidos, un aumento de tres años en la media de vida podría elevar los pasivos jubilatorios alrededor de un 9 por ciento. Es decir, las empresas que organizan los planes de pensiones tendrían que “multiplicar varias veces” sus contribuciones anuales normales, en términos generales, para poder afrontar esos costes adicionales.

Dadas las circunstancias, la organización plantea tres posibles respuestas para hacer frente a este riesgo de longevidad. Primero, los gobiernos deben reconocer el riesgo de longevidad al que los exponen los planes de prestaciones definidas para sus propios empleados y los sistemas de seguridad social para las personas de edad avanzada.

En segundo lugar, el riesgo debe estar debidamente distribuido entre los particulares, los organizadores de los planes de pensiones y el gobierno.

Por último, se puede recurrir a los mercados de capital para transferir el riesgo de longevidad de los planes de pensiones a quienes tienen más capacidad para gestionarlo. El FMI a través del GSFR pone de relieve una serie de instrumentos en este mercado creciente, y distintas posibilidades para mejorar su funcionamiento.

- Informe: “El impacto financiero del riesgo de longevidad” - El FMI pide elevar la edad de jubilación y un mayor recorte de las pensiones (Negocios.com - **11/4/12**) Lectura recomendada

El organismo internacional sostiene que es necesario retrasar la edad de retiro de forma acorde a la longevidad para mantener el sistema.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) ha alertado del riesgo financiero que supone el envejecimiento de la población, por lo que ha incidido en la importancia de combinar el “aumento en la edad de jubilación y de las contribuciones a los planes” de pensiones con “recortes de las prestaciones futuras”.

En el capítulo “El impacto financiero del riesgo de longevidad” del Informe sobre la Estabilidad Financiera Mundial (GFSR por sus siglas en inglés), el FMI considera “esencial” permitir que la edad de jubilación aumente a la par de la longevidad esperada, algo que podría ser impuesto por los gobiernos o realizarse mediante la oferta de incentivos a los particulares para que posterguen su jubilación.

La institución dirigida por Christine Lagarde destaca que retrasar la edad de jubilación prolonga el período de acumulación de recursos jubilatorios y acorta el período de uso de los mismos. “La divulgación de información más completa sobre la longevidad y su impacto financiero contribuiría a aclarar mejor las consecuencias”, agrega.

“Es importante que las entidades que ofrecen pensiones puedan actuar con flexibilidad: si no es posible incrementar las contribuciones o subir la edad de jubilación, posiblemente haya que recortar las prestaciones”, advierte.

Costes de envejecimiento

Por otro lado, el FMI avisa de que si el promedio de vida para 2050 aumentara tres años más de lo que se espera actualmente, “los costes del envejecimiento, que ya son enormes, podrían aumentar 50%”.

La institución considera que una longevidad inesperada más allá de lo que recogen las previsiones constituye “un riesgo financiero” para los gobiernos y las entidades que ofrecen prestaciones definidas, que tendrán que pagar más de lo esperado en pensiones y prestaciones de la seguridad social.

Así, reconoce que, aunque los Gobiernos y las entidades del sector privado que ofrecen pensiones se han estado preparando para las consecuencias financieras del envejecimiento de la población, se han basado en proyecciones demográficas de base que en el pasado han subestimado constantemente cuántos años vive la gente. Por su parte, los particulares se exponen al riesgo financiero de agotar los recursos jubilatorios.

Además, añade que el riesgo debe estar debidamente distribuido entre los particulares, los organizadores de los planes de pensiones y el gobierno, y sugiere que la posibilidad de recurrir a los mercados de capital para transferir el riesgo de longevidad de los planes de pensiones a quienes tienen más capacidad para gestionarlo.

Reformas para restaurar la confianza

Antes situación, el FMI reclama que se aborden con tiempos estos riesgos para evitar “efectos negativos profundos en los balances, ya debilitados, de los sectores público y privado, exacerbando su vulnerabilidad a otros shocks y afectando posiblemente su estabilidad financiera”.

Asimismo, incide en que prestar atención al envejecimiento de la población y al riesgo de longevidad adicional forma parte del conjunto de reformas necesarias para restaurar la confianza en la viabilidad de los balances del sector público y del sector privado.

“Reconocer y mitigar mejor el riesgo de longevidad es un proceso que debe ponerse en marcha ahora. Las medidas tardarán años en dar fruto y será más difícil abordar debidamente esta cuestión si se posterga la acción correctiva”, recalca.

- Los países desarrollados subestiman el riesgo de la longevidad de su población, dice el FMI (The Wall Street Journal - **11/4/12**) Lectura recomendada

(Por Ian Talley)

Washington (Dow Jones).- Estados Unidos y otros gobiernos probablemente están subestimando la expectativa de vida de sus poblaciones, un riesgo que podría elevar las obligaciones de sus sistemas de pensiones en casi un 10% e inflar sus ya masivos niveles de deuda pública, advirtió el miércoles el Fondo Monetario Internacional.

**El FMI señaló que muchos gobiernos deberían actuar ahora para elevar la edad obligatoria de jubilación** e instar a sus sistemas de pensiones a protegerse mejor contra sus riesgos.

**“Las demoras elevarían los riesgos a la estabilidad financiera y fiscal, lo que podría requerir medidas mucho mayores e invasivas en el futuro”, dijeron economistas del FMI.**

**La entidad señaló que pocos gobiernos o proveedores de pensiones reconocen adecuadamente el riesgo de la longevidad, al subestimarla en tres años en promedio, un error que podría costar a las economías avanzadas la mitad del producto interno bruto de un año.**

Para Estados Unidos, esto significaría un error de US$ 7 billones al calcular costos futuros. La entidad también dijo que Japón, Canadá, Francia, España y Alemania también podrían enfrentar enormes déficit para financiar pensiones y servicios sociales si se equivocan sobre la longevidad de sus poblaciones.

**El FMI advirtió que hacia 2050 este riesgo podría llegar a decenas de billones de dólares.**

¿Es el “sistema de reparto” un “esquema Ponzi”?

- ¿Es sostenible el actual sistema de pensiones? (Negocios.com - **22/5/12**)

(Por Daniel Marín Arribas) Lectura recomendada

El actual modelo de gestión de las pensiones tiene una estructura piramidal que se viene abajo en una situación con la actual, con un paro camino de los seis millones de personas con el que no se puede hacer frente a las pensiones de una población jubilada que va en aumento.

La historia de la Seguridad Social y el sistema público de pensiones se remonta a 1883. En ese año, el por entonces canciller de Alemania Otto von Bismarck puso en con una iniciativa que actualmente ya se ha convertido en costumbre en numerosos países europeos. En concreto, en España, fue implantado en 1964 por el antiguo jefe del Estado, Francisco Franco, y perdura hasta la actualidad.

Esta forma de garantizar una jubilación a los trabajadores después de una larga vida de servicio se conoce como “sistema de reparto”. Éste, consiste en una manera de financiación intergeneracional en el que la población activa se encarga de sufragar el retiro a los más adultos. Es una estructura piramidal en la que los que se sitúan en su base subvencionan a los que se hallan su vértice, siempre con la promesa de que en un futuro, cuando ellos asciendan, los nuevos sujetos que entren en el sistema, obrarán de la misma forma.

El esquema de Ponzi

Un sistema parecido ideó el italiano emigrado a EEUU Carlo Ponzi en los años 20 del siglo pasado. Su negocio era el de rescatar a numerosos inversores a los que les prometía una jugosa rentabilidad tras cumplir el plazo de la operación. No obstante, Ponzi no invertía este dinero que los acreedores confiaban en sus manos, sino que cada vez convencía a nuevos sujetos para entrar en la escala piramidal, y con su dinero, pagaba a los primeros. Mientras su labia le permitía captar a nuevos estafados, su engranaje seguía funcionando, pero en el momento en el que la suerte le jugó una mala pasada, se quedó sin fondos con los que recompensar a los viejos inversores, y el engaño fue descubierto. Su destino final, como es evidente, fue la cárcel.

La estafa

El actual sistema de pensiones funciona exactamente igual que lo hacía el esquema de Carlo Ponzi. En el fondo, lo que se vende bajo la moralidad solidaria, es una estafa en la que unos están pagando por lo que no reciben y otros reciben por lo que no pagan, aunque sí lo han estado haciendo durante los años de su vida laboral. Cuando comenzó el engranaje, los primeros jubilados cobraron pensiones sin haber cotizado, y cuando termine, los últimos que entraron, se quedarán sin los servicios habiéndolos abonado.

Además, el nombre de “sistema de reparto” está viciado y es falso. Un “sistema de reparto” real debería consistir en una redistribución entre todos los contribuyentes, de forma parecida al funcionamiento de una empresa de seguros. Es decir, los afiliados aportarían su dinero a un fondo común que se repartiría a partes iguales cuando llegara la hora de entrar en la jubilación. Pagarían su retiro, pero no el retiro de otros.

El problema de socializar a la manera piramidal es que tarde o temprano ocurrirá algo que desvele la estafa. Y probablemente, quizá nos estemos acercando a ese momento. El alargamiento de la esperanza de vida y la crisis demográfica ha estirado demasiado la pirámide por arriba y la ha acortado por abajo, y ello ya está empezando a destapar la inviabilidad del sistema, especialmente en un país como España azotado por la lacra del paro que puede llegar a afectar al 25% de su población activa. Cuando comenzó el engranaje, por cada jubilado había diez contribuyentes; actualmente hay dos. ¿Irá por ello algún gobernante a la cárcel, al igual que lo hizo Carlo Ponzi? o ¿Por qué no cambiar el sistema hacia uno mixto de capitalización?

La OCDE pide retrasar la edad de retiro y contratar planes privados (todos a la contra)

*““Puede no parecerlo, pero los actuales jubilados están viviendo lo que podría ser la edad de oro para las pensiones y los pensionistas”. Así comienza la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) su informe sobre las pensiones de 2012, en el que constata que, con las últimas reformas introducidas en la mayor parte de países desarrollados, las futuras generaciones de jubilados percibirán unas pensiones públicas entre un 20 y un 25% más bajas que ahora. La OCDE ofrece dos recetas para asegurar que la brecha de ingresos sea lo menor posible: fomentar el retraso en la edad de jubilación “incluso más allá de los 67 años” y fomentar los planes privados de pensiones”…* Los jubilados del futuro cobrarán pensiones un 25% más bajas (Negocios.com - **12/6/12**)

El futuro para los actuales trabajadores pasa por “trabajar más antes de jubilarse y recibir menores” rentas. Sus cálculos indican que los que se incorporen ahora al mercado laboral pueden aspirar a que, cuando se jubilen tras “una carrera completa a la edad legal de retiro”, perciban una pensión que será la mitad de sus ingresos. En la actualidad, ese porcentaje alcanza el 85% de media en España, uno de los países donde los jubilados tienen una pensión más alta respecto a sus últimos ingresos como trabajador, sólo superada por Grecia, Luxemburgo, Turquía y Austria.

Para evitar el empobrecimiento de los futuros jubilados, la OCDE recomienda fomentar los planes privados de pensiones hasta el punto de que señala que lo ideal sería “hacerlos obligatorios”, aunque constata la oposición de muchos países a hacerlo. Como alternativa, aboga por que la inclusión en estos planes sea “automática” aunque con la posibilidad de que, pasado un tiempo, los trabajadores puedan descolgarse.

El problema es que la caída en las Bolsas puede dar al traste con las aspiraciones a una jubilación dorada. Entre 2007 y 2011, los fondos de pensiones se han devaluado un 1,6% anual de media, un porcentaje que se acerca al 4% en España, una caída sólo superada por Islandia y Australia. Incluso entre 2001 y 2010, la ganancia media para los países de la OCDE se limita al 0,1% anual (en España han caído casi un 1,5%).

El aumento de la edad de retiro y su vinculación a la esperanza de vida es otra tendencia imparable. En 13 de la treintena de países miembros se han introducido ya reformas para fijar la edad legal de jubilación en 67 años. República Checa, Irlanda y Reino Unido llegarán a los 68, y Dinamarca e Italia, a los 69.

Capitalización vs reparto (el gran debate, con sospechosas manos que mecen el ataúd)

- Guerra ciudadana en las pensiones: la revolución ha comenzado (El Confidencial - **13/6/12**)

(Por [S. McCoy](http://www.cotizalia.com/autores/S.-McCoy)) Lectura recomendada

**Soplan aires de cambio en los sistemas de pensiones públicas del mundo desarrollado**. En aquellos lugares regidos por un **esquema puro de reparto** -dinero que entra de los trabajadores, dinero que sale para los jubilados, Ponzi redivivo- las altas tasas de paro y la inversión de la pirámide poblacional auguran un **desequilibrio entre aportaciones y prestaciones** que amenaza con colapsar las finanzas de las respectivas Seguridades Sociales más antes que después. En los que, por el contrario, prima el **modelo de capitalización** -las entregas a cuenta son individuales y se recuperan vía capital o renta cuando la jubilación, caso de determinados colectivos- la baja rentabilidad de los activos y el aumento progresivo de los beneficiados del pago multiplica exponencialmente el **desfase entre los activos bajo gestión y las obligaciones hacia los aportantes, especialmente cuando se ha asegurado un rendimiento.** Algo que también afecta a los planes de pensiones privados que comparten esta característica ([*312.000 millones de libras es el palme no realizado en UK*](http://www.bbc.co.uk/news/business-18408991)). Un panorama preocupante sobre el que, hasta ahora, actuaban solo los gobiernos. Con mayor o menor originalidad, eso sí.

Por ejemplo, más allá de regular edades o niveles de percepción [*como sugieren distintos organismos internacionales*](http://www.elconfidencial.com/economia/2012/06/04/moncloa-estudia-ya-recortes-en-las-pensiones-y-alargar-de-nuevo-la-edad-de-jubilacion-99281/), el gabinete conservador de **David Cameron,** en su presentación de presupuestos allá por el pasado mes de marzo, decidió **congelar en algunos casos y minorar en otros** [*los mínimos exentos de tributación de las rentas de los pensionistas*](http://www.bbc.co.uk/news/business-17472829) **británicos**, eliminando la segmentación por razón de la edad y manteniendo, sin embargo, las reducciones en función de la renta. Una medida -que gira más sobre la tributación que sobre la percepción- con la que **espera ahorrar 1.000 millones de libras al año a partir de 2015**, esto es: unos 1.250 millones de euros anuales. La propuesta ha generado no poca controversia ya que viene acompañada del anuncio de una disminución de los tipos marginales para las rentas más altas del 50% al 45% bajo el argumento de que desincentiva la actividad, *Laffer dixit*. Una justificación objetiva que, sin embargo, deviene falaz en la medida en que no traslada el cambio al resto de la escala del tributo. Sea como fuere, **primacía del contribuyente actual frente al pasado**.

Sin embargo, en Estados Unidos se acaba de producir un salto cualitativo brutal. Apenas ha tenido repercusión lo ocurrido en California, en los condados de San José y San Diego en concreto. Allí el pasado cinco de junio se **sometió a referéndum ciudadano un** [*recorte de las prestaciones a cobrar por los funcionarios públicos llegada la hora de su jubilación*](http://www.nytimes.com/2012/06/07/us/politics/san-diego-and-san-jose-pass-pension-cuts.html?_r=1&smid=tw-nytimes&seid=auto), tanto las consolidadas como las futuras. El ejecutivo propone y el votante dispone. Pues bien, frente a la alternativa de una subida de impuestos para afrontar el coste de los servicios locales, los habitantes de esos municipios han optado mayoritariamente por aprobar un ajuste de esta partida. Hoy por mí, mañana por mí. La aprobación se ha visto respaldada por republicanos y demócratas a lo largo del país. Pensiones congeladas, mayores aportaciones o retraso de la edad de jubilación son parte de las medidas ratificadas por la población, democracia pura. **También la sustitución de la gestión profesional por la personal de los fondos de pensiones** lo que, de generalizarse, afectará a CalPERS, una de las mayores gestoras del mundo y [*cuyo agujero entre assets y liabilities suponía, ya en 2010, 500.000 millones de dólares*](http://www.ai-cio.com/channel/NEWSMAKERS/California_Referendums_Provide_Harbinger_for_Public_Pensions_Across_US.html).

Tal y como están evolucionando los acontecimientos ahí fuera, y pronto en nuestra querida España, da la sensación de que esto **tiene mucho más recorrido de lo que puede parecer a primera vista, Kramer contra Kramer. Y nos lleva a un apasionante triple debate: sobre los límites del estado del bienestar** cuando este afecta al bienestar del estado, concepto de derecho fundamental frente a derecho de ‘imposición', que se sufraga con impuestos; **sobre la gestión eficiente de los recursos de los ciudadanos** en el ámbito administrativo si este no es capaz de garantizar el cumplimiento de sus compromisos, asignación eficiente del ahorro; y, el menos extendido de todos, **sobre la** [*cuestión de la justicia intergeneracional o por qué la siguiente generación ha de sostener a la anterior*](http://mainlymacro.blogspot.co.uk/2012/05/government-debt-and-burden-on-future.html)*,* rompiendo el curso natural de las cosas y condenando su futuro, frente a los que postulan que es la justa contraprestación a todo su desembolso dinerario o de conocimiento anterior (imprescindible este [*Europe´s Pension Crisis Yet to Come of Age*](http://online.wsj.com/article/SB10001424052702303296604577450483946387736.html) del ***Heard of the Street-WSJ****, 07-06-2012*, como resumen de todo lo anterior).

Tres preguntas apasionantes que darían para tres debates apasionados. Queda en sus manos. Se abre el foro.

Triste, solitario y final: los abuelos como “sostén de último recurso” en la crisis

*“Como muchos abuelos en Italia, Isidoro y Antonietta Arcidiacone ofrecieron de muy buena gana ayuda a su hija Grazia y su esposo cuando estos decidieron formar una familia. Pero al final, tuvieron que hacer más de lo que esperaban”...* En la crisis europea, los abuelos salen al rescate (The Wall Street Journal - **22/6/12**)

El policía retirado de 67 años y su esposa han tenido que abrir espacio en su apartamento de una habitación en Roma para su hija y familia. Arcidiacone lleva a sus nietos al parque y al médico y su esposa les cocina.

“Mi mamá y mi papá han sido fundamentales. No habríamos resistido sin ellos”, dice Grazia Arcidiacone, de 36 años.

Los Arcidiacone forman parte de una red de seguridad social que pocas veces hace titulares en la prensa del sur de Europa: el ejército de miembros mayores de una familia que está ayudando a las generaciones más jóvenes a subsistir durante la crisis económica que azota la región. La mitad de los abuelos en España cuida a sus nietos a diario, y 68% de todos los niños menores de 10 años en Italia son cuidados por sus nonos cuando no están en el colegio o con sus padres, según cifras oficiales.

No se trata solo de hacer las veces de niñeros. El número de adultos de entre 25 y 34 años que viven con sus padres en Italia está aumentando (en 2011 fue 42% frente a 33% en 1994) y la mayoría dice que no puede darse el lujo de vivir independientemente. “Se está volviendo una necesidad”, dice Linda Laura Sabbadini, directora de la agencia de estadísticas de Italia.

La tendencia no solo es cultural, dice Katherine Newman, experta en la clase pobre trabajadora y en movilidad económica de la Universidad Johns Hopkins.

En tiempos modernos, los lazos familiares han compensado los sistemas de seguridad social que no son extensos o eficientes en su misión de ayudar a la población en general, como ha sido el caso en América Latina. Pero en Europa, especialmente al norte, los lazos de integración son mucho más débiles debido precisamente a que los países invierten mucho más en servicios sociales y las personas no tienen necesidad de acudir a sus familias por ayuda.

La historia es diferente en el sur, en países como Italia y España, donde los padres de los adultos de entre 20 y 30 tantos años pueden ayudar principalmente porque las mujeres de generaciones mayores raramente tuvieron empleos. Cuando trabajaron, renunciaron a una edad joven gracias a generosos paquetes de jubilación. En 2010, apenas 36% de los ciudadanos entre 55 y 64 años trabajaban en Italia, frente a 70% en Suecia y más de 60% en Estados Unidos, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Pero a medida que los gobiernos endeudados pusieron un límite al gasto en pensiones, las personas se vieron obligadas a trabajar por más tiempo. Esto significa que los mayores dentro de una familia están menos disponibles para ayudar.

Los adultos jóvenes también dependían (financiera y físicamente) de sus padres gracias a leyes laborales que prácticamente les garantizaban empleos vitalicios. Pero ahora tanto Italia como España están desmantelando esas normas por lo que un solo proveedor no necesariamente podrá mantener a múltiples generaciones. Este año, las cabezas de familia que están desempleadas llegaron a un nivel histórico de 12,4% en España.

La nueva legislación tiene como fin darles más oportunidades a los jóvenes. Pero también significa que los trabajadores deberán dejar su círculo familiar para encontrar empleos, aflojando esos fuertes lazos generacionales de los que dependen los jóvenes bajo presión en Europa. Es un cambio radical en una región donde la gente usualmente se rehúsa a mudarse incluso por oportunidades de desarrollo.

La ayuda familiar cobra muchas formas en el sur de Europa. A los padres por lo general se les mantiene y cuida en casa, no en ancianatos. Pero pocas áreas de asistencia intrageneracional son tan atesoradas como el cuidado de los niños. Si tienen la opción, los padres prefieren dejar a sus hijos con los abuelos que en una guardería o con niñeras.

“Los papás son la mejor opción, pero los abuelos son la segunda mejor” alternativa, afirma Teresa Jimeno, una profesora de 44 años en Madrid, que se apoyó en sus padres para el cuidado de sus dos hijos antes de que entraran al colegio a los 4 años. Cuando eran más grandes, los abuelos llegaban a la casa mientras ella se alistaba para el trabajo y les hacían el desayuno antes de llevarlos al colegio. “Ni siquiera me atrevo a calcular cuánto dinero me ahorraron”, dice.

La preferencia cultural del sur de Europa por el cuidado de los abuelos significa que los políticos y las empresas tienen pocos incentivos para ofrecer las guarderías y flexibilidad laboral que ha permitido que las madres del norte de Europa trabajen, dice Daniela Del Boca, profesora de economía en el Collegio Carlo Alberto, en la Universidad de Turín y que estudia los efectos de las estructuras familiares sobre la movilidad y el crecimiento. Como porcentaje del Producto Interno Bruto, Italia y España gastan menos de la mitad en servicios de cuidado temprano y preescolar que Francia, el Reino Unido, Dinamarca o Suecia, dice la OCDE.

La disponibilidad de una red estatal de cuidado infantil es una de las razones clave para que 72% de toda la población femenina en Dinamarca y 60% en Francia esté empleada, comparado con 53% en España y 46% en Italia.

El vacío creado por la falta de servicios de guarderías pagados por el Estado ha sido llenado por los abuelos, lo que a su vez ha contribuido a un aumento del desempleo entre las mujeres en los últimos 20 años.

Gabriella Garuffi, de 66 años, dejó su empleo en el sector público con todos los beneficios pensionales cuando tenía 37 años, gracias a una antigua ley italiana, ahora desaparecida, que les permitía a las mujeres con hijos jubilarse después de trabajar apenas 14 años y medio.

La llamada “pensión bebé” le permitió a Garuffi criar a su hija Cecilia. Cuando en 2008 nació su nieta, Garuffi y su esposo se dedicaron a cuidarla a diario. Esta ayuda le permitió a Cecilia, hoy de 38 años, trabajar como abogada de derecho familiar en Roma, mientras su esposo laboraba en Milán.

Este escenario es poco probable en el futuro. Las reglas de la Unión Europea requieren que los estados miembros eleven sus edades de retiro con el fin de equilibrar un sistema que significa una carga cada vez más pesada para la población joven. La edad de jubilación en Italia será de 67 años para las mujeres en 2022.

Entre los que no estarán disponibles para suministrar apoyo familiar están los padres de Giulia Voci, una graduada de economía de 26 años de la Universidad de Roma. Voci recibe ayuda de sus padres para pagar la niñera de su hijo Tommaso de 18 meses, que asciende a US$ 620 al mes y también acude a ellos cuando la niñera no está disponible. La ayuda es primordial porque Voci gasta su sueldo de US$ 900 al mes que gana en una empresa de tarjetas de regalo en gastos de la casa que comparte con su pareja.

Los padres de Voci, una psiquiatra y un funcionario del Ministerio de Finanzas, los dos de 56 años, enfrentan vidas laborales más largas. Hasta el año pasado, la madre se habría podido retirar en cuatro años, pero ahora es probable que tenga que esperar otra década. “Tengo suerte porque están ahí para ayudarme financieramente”, dice Voci. “Pero van a estar ocupados trabajando por muchos años más”.

En última instancia, eliminar la dependencia de los habitantes del sur de Europa de sus familias puede resultar positivo, dice Alberto Alesina, un economista italiano de la Universidad de Harvard. Alesina dice que la estrecha dependencia de la familia es una de las razones del estancamiento del crecimiento en Italia en la última década porque siempre ha impedido que los trabajadores se muden a donde están los mejores trabajos y salarios.

“La familia ha ayudado a los adultos jóvenes a resistir la crisis, pero se ha convertido en un obstáculo de cara al futuro a largo plazo”, dice Andrea Ichino, profesor de economía de la Universidad de Bolonia quien coescribió un libro con Alesina titulado L'Italia fatta in casa (La Italia hecha en casa).

Los abuelos “socorristas”: más de la mitad, cuida a sus nietos casi todos los días

*““Los abuelos se han convertido en el eje económico familiar al ayudar a sus hijos a afrontar el sostenimiento monetario y educar a los nietos”. Así lo manifestó ayer la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma) con motivo del Día de los Abuelos, una fiesta, promovida por la ONG Mensajeros de la paz desde 1998, que coincide con las onomásticas de San Joaquín y Santa Ana, padres de la Virgen María y, por tanto, abuelos del Niño Jesús”...* Los abuelos, fundamentales para la educación de sus nietos (Gaceta.es - **27/7/12**)

Según datos del Imserso, más de un 50% de los abuelos cuidan a sus nietos casi todos los días, y el 45% casi todas las semanas. Los abuelos comienzan a atender a los nietos con más frecuencia que las abuelas, pero las abuelas los cuidan más tiempo, 6,2 horas al día las mujeres por 5,3 horas los hombres.

Ceoma reivindicó el papel de los abuelos en la familia y destacó que las relaciones intergeneracionales son “imprescindibles” en una sociedad “cambiante”, donde el ritmo de trabajo “invade” la vida cotidiana. Además, el presidente de la confederación, José Luis Méler, subrayó que el rol de los abuelos ha cambiado “estrepitosamente” y que, para muchos, el cuidado de los nietos se ha convertido en una obligación. Declaró que los abuelos son “más que una guardería o colegio”, ya que son un “eficaz complemento” de la tarea educativa de los padres y contribuyen a reforzar lazos familiares y redes de apoyo y ayuda mutua entre los miembros de la familia.

En este mismo sentido se pronunció el coordinador del Proyecto Madurez Vital de la Ceoma, José de las Heras, que indicó que los abuelos españoles se han volcado en la familia dejando de lado sus propias aficiones debido a la crisis económica. Por ello, lamentó “el egoísmo” de la sociedad actual que, a su juicio, “exige demasiado” a los abuelos e insistió en la importancia de que los mayores puedan recuperar su “papel secundario” frente a “las tareas obligatorias” y dedicarse a sus propias aficiones.

No obstante, una encuesta realizada por Imaginarium entre los 100.000 abuelos que son socios del Club Imaginarium, presentada el 26/7 por Natalia Chueca, directora de marketing de esta compañía, muestra que aunque hay una frecuencia de relación muy alta entre abuelos y nietos, ya que el 40% comparte con los niños una media de entre cuatro y siete días a la semana, sólo a un 2% le produce estrés hacerse a cargo de ellos y casi el 62% disfruta más de esta etapa que cuando fueron padres.

El estudio revela también que los abuelos españoles tienen una media de dos nietos y que el 66% vive en la misma ciudad que ellos.

Un 53% afirma jugar más de lo que hacía con sus hijos y casi un 20% dice que emplea el mismo tiempo. Asimismo, declaran que están disfrutando y aprendiendo mucho de la mano de sus nietos. Natalia Chueca resaltó que “hay una relación de diversión y de aprendizaje mutuo” y que “los abuelos están volviendo a recuperar las ganas de jugar que quizás durante unos años de su vida estuvieron más apartadas por las obligaciones del día a día”.

El estudio además refleja que la línea educativa la marcan los padres. El 51% de los abuelos suele coincidir plenamente en las decisiones tomadas por los padres y un porcentaje de casi el 40% afirma que en caso de duda siempre se decantan por seguir la opinión de los padres. Para Chueca este hecho “permite mantener esa relación de complicidad entre los nietos y los abuelos”.

Otro aspecto curioso es que los abuelos siempre tienen detalles con los nietos. El 48% asegura tenerlo cada vez que visita a sus nieto, “lo que demuestra la ilusión con la que los abuelos reciben a los niños y con la que se encuentran mutuamente”.

Los abuelos manifiestan que la relación con sus nietos es, sobre todo, de cariño (24,6%), diversión (23,3%) y de aprendizaje (18%). “En el sentido del aprendizaje también hay un aspecto interesante que es cómo ese aprendizaje es mutuo, tanto de las experiencias que pueden tener los niños de lo que los abuelos les explican cómo esa enseñanza de los niños a sus abuelos de, por ejemplo, el uso de las nuevas tecnologías”.

Entre las actividades que más realizan cuando están juntos destacan pasear, ir al parque, jugar y leer cuentos, aunque también se encargan de hacer otras tareas como ir a buscarlos al colegio, prepararles la merienda o la cena y hacer los deberes.

Otra reciente encuesta, de Sigma Dos para Mensajeros de la Paz, indica que ocho de cada 10 españoles consideran que sin la ayuda de muchos abuelos y abuelas no podría sostenerse el actual modelo social, que ocho de cada diez españoles tiene una imagen positiva de sus abuelos y que para el 62% ocupan un papel importante en su vida.

El Contrato Social europeo se tambalea (un futuro robado)

*“La crisis está haciendo tambalearse el futuro del Estado del Bienestar en Europa, hasta el punto de que el 52% de los ciudadanos europeos en activo teme no disponer de recursos suficientes para jubilarse. España lidera el ranking con un 73% de españoles “preocupados” o “muy preocupados” por esta posibilidad, según una encuesta de ámbito europeo realizada por el grupo ING”...* El 73% de los españoles teme no contar con recursos suficientes en su jubilación (Expansión - **21/8/12**)

El porcentaje de españoles inquietos es muy superior al de otros países vecinos, como Italia o Francia, que muestran tasas del 65% y el 63%, respectivamente; porcentajes que, no obstante, son muy significativos e ilustran los estragos causados por la crisis en la confianza y las expectativas de los ciudadanos.

Que España, Francia e Italia sobresalgan en su temor hacia el futuro no es casualidad: son los países europeos con menor implantación de planes de pensiones privados. De hecho, mientras que la media europea de ciudadanos que cuentan con planes privados es del 40%, en España e Italia este porcentaje se reduce al 29%, mientras que en Francia es del 32%, sensiblemente inferior también al promedio.

Con independencia de los planes de pensiones no obligatorios, el 61% de los europeos cuenta con ahorros a largo plazo, con Luxemburgo al frente del ranking (un 82%) y España (52%) y Rumanía (51%) a la cola. Sin embargo, en la mayor parte de los Estados europeos, los ciudadanos no esperan poder ahorrar en los próximos tres meses. Italia y España son los países con peores perspectivas en este sentido.

Por todo ello, los europeos creen de forma generalizada que su nivel de vida durante la jubilación será inferior a la de los actuales pensionistas, un dato especialmente alto en España, mientras que los austriacos son los únicos que creen que vivirán mejor.

El economista sénior de ING, Ian Bright, autor principal de la encuesta, dice que “las reformas en Italia y España para aumentar la edad de jubilación y recortar otros beneficios públicos podría estar alimentando la incomodidad sobre la preparación para la jubilación en esos países, especialmente entre los jóvenes”, y no sólo con relación a las condiciones individuales de cada uno, sino con respecto a la situación general de la sociedad.

Éste es el Estado del Bienestar de la Globalización (¡Bravo! lograron aplanar la Tierra)

*“Alemania comenzó a aplicar la jubilación a los 67 años a partir de enero de 2012, una medida insuficiente, asegún Wolfang Clement. El que fuera ministro de Economía alemán entre 2002 y 2005 propone que la edad de jubilación sea libre ‘al menos hasta los 80 años’ para que ‘quien quiera, pueda seguir trabajando a esa edad’”...* Un ex ministro alemán propone ampliar la edad de jubilación de forma voluntaria hasta los 80 años (Expansión - **21/8/12**)

Clement propone este medida para combatir el cambio demográfico al que se enfrenta Alemania. “Deberíamos lanzar señales que estimulen la continuidad laboral más allá de los 70 años”, propone el ex ministro. Él mismo, a sus 72 años de edad, sigue en activo y trabaja en el ámbito del lobby energético.

“Tenemos que enfrentarnos al hecho de que es necesario que los alemanes trabajemos durante más años. Es la consecuencia lógica del cambio demográfico. Con jubilarnos a los 67 no alcanzamos. Quien quiera y pueda debe seguir trabajando hasta los 75 e incluso hasta los 80”, señala.

Agenda 2010

Con Clement como ministro de Economía, el ex canciller alemán Gerhard Schröder llevó a cabo una serie de reformas denominada Agenda 2010. Dichas reformas fueron muy criticadas por la opinión pública, que consideraba que las medidas adoptadas por el ejecutivo alemán mermaban el estado de bienestar germano.

Desde el Gobierno, no obstante, siempre se defendió que la Agenda 2010 lo que pretendía era precisamente la sostenibilidad de ese estado de bienestar.

Dos años después las reformas económicas adoptadas por Clement y Schröder son la base de la actual prosperidad del país germano, él país de la zona euro que mejor está aguantando la crisis.

[Bayesian Probabilistic Population Projections for all Countries](http://www.pnas.org/content/early/2012/08/13/1211452109): 2100 “the game is over”

*“Las previsiones demográficas de la ONU para las próximas décadas advierten sobre un fuerte retroceso vegetativo y envejecimiento poblacional en los países más desarrollados. Sin embargo, esta tendencia afectará en igual o mayor medida en los países en vías de desarrollo: en China, el número de adultos en edad de trabajar por cada persona mayor de 65 años se reducirá de las 7,9 actuales a 1,6 en 2100, mientras que en la India, esta misma proporción pasará de 11,1 a 2. Estas son las principales conclusiones del estudio* [*Bayesian Probabilistic Population Projections for all Countries*](http://www.pnas.org/content/early/2012/08/13/1211452109) *publicado esta semana en la revista de la National Academy of Sciences de Estados Unidos y que advierte sobre las consecuencias económicas de un fenómeno a escala mundial”…* Año 2100: dos trabajadores en activo por cada jubilado (El Confidencial - **23/8/12**)

En España se calcula que en poco más de una década el porcentaje de mayores de 65 años se acercará al 21% y llegará al 32,6% en 2050, lo que se traduce en 10,3 y 16,8 millones de jubilados, respectivamente. La esperanza de vida también aumentará, de tal modo que en 2025 habrá un 6,1% de españoles con más de 80 años (tres millones) y en 2050 representarán el 11,6% de la población total (casi seis millones), [según los datos de la ONU](http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm), puesto que las previsiones del INE se limitan al año 2020. Una inversión de la pirámide poblacional que por sí misma significa un retroceso del crecimiento económico, al margen de las posibles crisis estructurales, ya que acarreará una disminución del consumo y la productividad, como explica el consultor empresarial Alejandro Macarrón en su informe titulado [*El suicidio demográfico en España*](http://www.cotizalia.com/archivos/2010062441el%20suicidio%20demogr%C3%A1fico%20de%20espa%C3%B1a_aml.pdf).

La viabilidad del sistema de pensiones y la sanidad pública se pondrá claramente en duda a la vista de estas cifras, ya que la carga para los trabajadores en activo y empresarios será prácticamente insoportable. Así lo alertó estos días el exministro alemán de Economía Wolfgang Clement al tiempo que propuso una jubilación libre, al menos hasta los 80 años. “Es la consecuencia lógica del cambio demográfico, con jubilarnos a los 67 no alcanzamos. Quien quiera y pueda debe seguir trabajando hasta los 75 e incluso hasta los 80”, defendió el socialdemócrata.

La tendencia en el Viejo Continente, con unas tasas de fecundidad en continuo retroceso, tampoco deja margen al optimismo. Por ejemplo, en Holanda el número de trabajadores en activo por cada jubilado pasará de los cuatro actuales a 1,6 a finales de siglo y en Gran Bretaña esta misma cifra caerá del 3,6 al 1,6. En Estados Unidos el descenso será de 4,6 a 1,8, aunque el director de la investigación, Adrian Raftery, profesor de Demografía en la Universidad de Washington, apunta que el país norteamericano mantendrá una ligera ventaja de mano de obra sobre otros países desarrollados gracias a la inmigración. China podría dejar de ser la ‘fábrica del mundo’.

De mantenerse la tendencia migratoria actual en España, a finales de esta década el saldo será negativo (450.000 emigrantes por 513.000 inmigrantes), con una población estimada que también retrocederá, pasando de los 46,1 millones actuales a los 45,6 de dentro de ocho años, [según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269%2F2011-2021&file=pcaxis&L=) (INE). En este mismo período, el número de nacimientos descenderá a razón de unos 14.000 menos por año, pasando de los 496.000 del 2011 a los 481.000 que se estiman en 2020.

La crisis demográfica tendrá unas “dramáticas” consecuencias, según el equipo dirigido por Raftery, por lo que animan a la ONU a que incorpore los datos de este estudio, elaborados mediante una metodología estadística bayesiana (introducen probabilidades subjetivas en base a conocimientos previos), en su siguiente informe sobre tendencias demográficas que será lanzado en febrero del próximo año.

La investigación excluye a los 38 países en los que el VIH se considera una epidemia, ya que requieren un método estadístico diferente, pero en el resto de países en vías de desarrollo se observa un ascenso de la esperanza de vida media, lo que eleva a 10.100 millones la población mundial a finales de este siglo, casi mil millones más de lo que se preveía hasta el momento. “Aunque no tenemos total seguridad de lo que vaya a suceder en el futuro, estas cifras deberían ser tenidas en cuenta por los responsables políticos para adaptar a ellas sus decisiones y proyecciones”, apunta Raftery.

Cada vez son más las voces que piden una nueva revisión de la edad de jubilación en España, una recomendación que ya llegado desde Bruselas o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, pero que se podría convertir en una imposición de la troika que el país debería acatar para el recibir el rescate bancario.

La convulsión demográfica internacional ya no solo preocupa en términos del Estado del bienestar, sino de supervivencia. El acceso a los alimentos y recursos estará menos garantizado, ya que descenderá la productividad paralelamente a la disminución de la población en edad de trabajar y, al mismo tiempo, aumentará el número total de habitantes del planeta. En la actualidad, con una población mundial de 7.000 millones de habitantes, la infraalimentación afecta a uno de cada cinco, por lo que a finales de siglo, con una población estimada de 10.100 millones, las cifras de hambrientos en el mundo podrían ser mucho más escalofriantes. Una auténtica “destrucción masiva”, [señaló](http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2012/05/23/el-vicepresidente-de-la-onu-que-quiere-ocupar-y-nacionalizar--la-banca-98503/) el vicepresidente del consejo consultivo de la Comisión de DDHH de la ONU, Jean Ziegler, en su último ensayo titulado *La Geopolítica del Hambre* (Península), al predecir nuevas crisis alimentarias provocadas por la especulación con los recursos agrarios.

Como los alemanes son tan disciplinados, ya hay casi 800.000 jubilados que “disfrutan” de un minijob (algunos “secretillos” del milagro alemán del S XXI)

“*Un total de 761.000 jubilados alemanes, 120.000 de ellos mayores de 75 años, trabajan en un “minijob” por necesidad o para mantenerse activos, con un incremento del 60 % desde el año 2000, según datos recabados en 2011”...* Unos 800.000 jubilados alemanes trabajan en un “minijob” (Cinco Días - **28/8/12**)

Ello se desprende de una respuesta del Gobierno federal a una interpelación parlamentaria del partido de La Izquierda que publica hoy el rotativo Süddeutsche Zeitung.

Los “minijob” se han hecho atractivos para los pensionistas desde su regulación en 2003 ya que permiten tener ingresos suplementarios por un trabajo mínimo de hasta 400 euros al mes que no son gravados fiscalmente ni deben cotizar en las cajas sociales.

Sin embargo, el diario subraya que aumenta también la cifra de pensionistas mayores de 65 años que no se conforman con un mini-empleo de hasta 400 euros al mes.

Según datos de la Agencia Federal de Empleo (BA) a finales de 2012 había en Alemania 154.000 personas en edad de jubilación que contaban con un empleo de plena cotización, cifra que se ha duplicado desde 1999.

La citada agencia subraya que la mayoría de ellos, unos 80.000 cuenta incluso con un puesto de trabajo de horario completo y destaca que la estadística no incluye a los trabajadores autónomos en edad de jubilación.

“Muchos quieren trabajar porque se sienten en forma”, declara en el rotativo Holger Schäfer, experto en mercado laboral del Instituto de la Economía Alemana (IW), quien comenta que una gran parte de esas personas en edad de jubilación cuentan con una elevada cualificación.

Añade que “eso indica que las necesidades financieras no son en muchos casos el motivo principal” para seguir trabajando, pese a haber superado los 65 años de edad.

Por el contrario, Ulrike Mascher, presidenta del organismo social VdK, asegura que la mayoría de los 120.000 mayores de 75 años que practica un “minijob” “no son precisamente profesores universitarios que quieren trabajar más tiempo”.

“Se trata más bien de jubilados que reparten periódicos, llenan las estanterías de supermercados y practican otros oficios poco atractivos para mejorar sus pensiones”, señala la experta, para quien aumenta el número de personas a quienes no les alcanza su pensión para vivir.

Las cifras del gobierno confirman además que las pensiones se han ido reduciendo de manera continuada y quien en 2000 se convirtió en pensionista tras 35 años de vida laboral sobraba una renta media de 1.035 euros, que se han reducido a 953 en 2011.

No comment: como justificar lo injustificable (¿viejos ‘minijobeando’ en McDonald´s?)

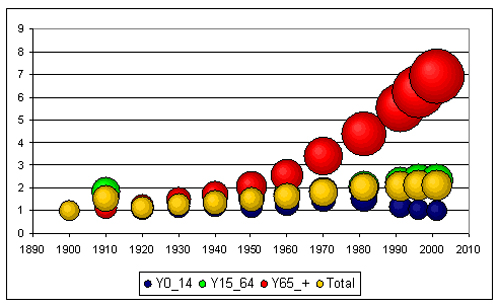
- Jubilación y trabajo (El Confidencial - **5/9/12**) Lectura recomendada

(Por Juan Manuel López-Zafra)

La semana pasada fue noticia el hecho de que unos 800.000 jubilados alemanes, de ellos más de 100.000 mayores de 75 años, completasen su pensión con contratos de trabajo a tiempo parcial, los famosos *minijobs*. A una buena parte del pensamiento económico tradicional le parece aberrante que alguien que ha trabajado toda su vida *deba* seguir haciéndolo una vez alcanzada la edad legal de jubilación.

Recordemos, en primer lugar, que la jubilación es un derecho garantizado por nuestra Constitución, no una obligación. Pero el problema es mucho más profundo, pues tiene esencialmente que ver con la **evolución demográfica**, la **esperanza de vida**, la situación física y mental de nuestros jubilados, la **sostenibilidad del sistema de pensiones** y la **libertad individual**.

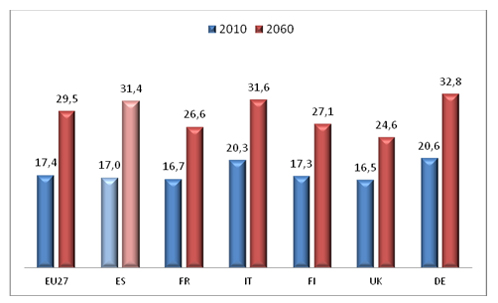
España ha sido, hasta hace poco, uno de los países con la población más joven de Europa. Es interesante observar cómo, en sólo 60 años, España ha pasado de contar con algo más de un 25% de menores de 15 años a menos de un 15% en 2011, mientras que el resto de países del entorno se han mantenido en cifras relativas de alrededor del 20% de forma bastante estable.



**Múltiplos de incremento de los distintos grupos de edad de la población española desde 1900 (Base: 1900, factor 1). Ya\_b indica grupo de edades entre a y b años.**

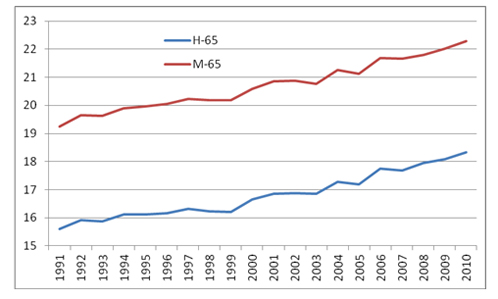
En el último siglo, la población española ha duplicado sus efectivos, al tiempo que el número de personas de edad ha crecido en casi siete veces (actualmente, más de 17 de cada 100 españoles) y los octogenarios se han multiplicado por trece; éstos ya suponen alrededor del 5% de la población (casi el 30% de los mayores). En 2050 se estima que sean ya el 10% de toda la población española.

Según *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)* de la Comisión, se prevé un fuerte aumento en Europa (y en España en particular) de la tasa de dependencia de la tercera edad (población de 65 y más años como porcentaje de la población de 20-64 años), desde el 28,4% en 2010 (España, 26,8%) al 55% en 2050 (España, 62%).



**Población de 65 años y más, en tanto por ciento del total. *2012 Ageing Report 2010-2060*.**

Las implicaciones del aumento de la longevidad de los mayores son muy evidentes sobre la capacidad financiera de la Seguridad Social. Así, cada vez son más los mayores y viven cada vez más tiempo. Hace 20 años la esperanza de vida de una mujer que se jubilase con 65 años era de unos 19; hoy excede los 22. Y todo ello, insisto, en sólo 20 años.



**Evolución de la esperanza de vida a los 65 años desde 1991; Hombres y Mujeres. Datos INE.**

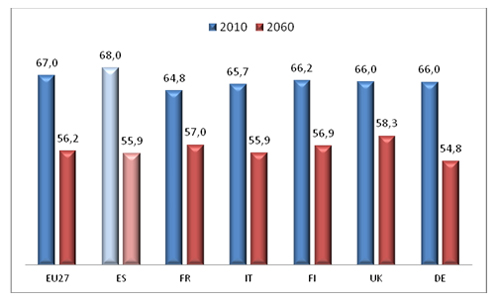
La Ley General de la Seguridad Social (LGSS) de 1994 establecía la incompatibilidad entre “el disfrute de la pensión de jubilación en su modalidad contributiva” con “con el trabajo del pensionista;” posteriormente, esto se corrigió en 2001, señalando desde entonces el art. 165.1 de la LGSS que “**las personas que accedan a la jubilación podrán compatibilizar el percibo de la pensión con un trabajo a tiempo parcial** en los términos que reglamentariamente se establezcan”.

Tal y como recoge la Comisión Europea en su *White paper. An agenda for adequate, safe and sustainable pension*s de este año, las pensiones públicas suponen alrededor del 60% de los ingresos de los mayores de 65 años. Actualmente, **más de 4,1 millones de europeos de más de 65 años están empleados**, y si analizamos las tasas de empleo de los jubilados en la UE27 podemos observar que estas cifras, coincidiendo con la crisis, se han incrementado. Como se desprende de la Encuesta Europea sobre Fuerza de Trabajo (2011), la tasa de empleo de la población de entre 65 y 69 años en la EU27 ha pasado del 8,8% en 2005 al 10,5% en 2011; en España las cifras se sitúan en 4,5% y 5%, en el mismo periodo, con lo que el margen de crecimiento es importante.

La misma tasa en 2011 es en Finlandia del 11,7%, y en el Reino Unido del 19,1%. Parece pues que facilitando el trabajo después de la jubilación a aquellos que quieren trabajar se puede contribuir a la sostenibilidad del sistema público de pensiones. **En la mayoría de estados miembros es posible combinar los ingresos obtenidos del trabajo**, ya sea por cuenta ajena o el autoempleo, **con la percepción de prestaciones de jubilación**, como señala el informe de Eurofound del próximo octubre, *Income from work after retirement in the EU.* El objetivo principal de esta medida es apoyar la participación en el mercado laboral de los trabajadores de más edad, si bien las posibilidades que se ofrecen son diferentes; algunos ofrecen posibilidades ilimitadas para la suspensión de las pensiones, mientras que en otros los beneficios sólo se dan si los ingresos por trabajo no exceden de determinadas cantidades.

Si el objetivo básico de los sistemas de pensiones de jubilación es proporcionar unos ingresos adecuados para así permitir que la población mayor disfrute de un nivel de vida digno y goce de independencia económica, queda entonces mucho camino por recorrer. Si bien las reformas recientes de las pensiones públicas han tendido a mejorar o mantener el nivel de protección frente a la pobreza, en el futuro próximo las tasas de reemplazo, es decir, **el número de pensiones comparadas con las cotizaciones realizadas**, **disminuirá considerablemente**.

La proporción de población en edad de trabajar (15-64 años) cae asimismo en España de forma alarmante, mientras que la tasa de empleo de trabajadores de más edad (55 a 64 años) ha crecido desde el 39,2% en 2001 al 43,6% en 2010, aunque todavía se encuentra por debajo de la media de la UE27: 46,3%.

**Población de en edad de trabajar (15-64 años), en tanto por ciento del total. *2012 Ageing Report 2010-2060***

El reciente informe *Pension Adequacy in the European Union 2010-2050* del Comité de Protección Social de la UE señala que la mayor parte de las políticas para promover el trabajo durante un mayor número de años se centran en la eliminación de los incentivos negativos al trabajo, como son la edad temprana de jubilación por defecto o las normas legales en materia de empleo después de la edad de jubilación. La mayoría de los estados miembros animan a los trabajadores a permanecer más tiempo en el empleo, a fin de que adquieran derechos de pensiones complementarios. **Una vida laboral más larga, y la reducción de la jubilación anticipada, es por tanto una de las formas de mejorar las tasas de reemplazo de pensiones**. La edad media efectiva de salida en España del mercado de trabajo en 2010 fue de 62,9 años, superior a la media de la UE27 (62,1 años). Sin embargo, el desafío consiste en proporcionar suficientes oportunidades de empleo para los trabajadores de más edad.

Mejorar las condiciones de trabajo será crucial para que la naturaleza de dicho trabajo sea menos perjudicial para los trabajadores. Es imprescindible que el trabajador pueda seguir activo el tiempo que estime oportuno, sin perjuicio de sus intereses y derechos consolidados. Además de ser una medida de respaldo a la libertad individual, servirá para mitigar en parte el grave problema de financiación de nuestro sistema de pensiones, que de otro modo está abocado a la quiebra.

¿Cómo está la situación en el “paraíso” del sistema de pensiones por capitalización?

*“Uno de los aspectos que cada vez preocupan más a los ciudadanos estadounidenses, especialmente aquellos que se aproximan a su edad de jubilación, es la solvencia de sus planes de pensiones. Este problema, que continuamente se relaciona con Europa y con la insolvencia del estado de bienestar, también es un quebradero de cabeza al otro lado del Atlántico”...* El “agujero” de las pensiones en EEUU (El Confidencial - **2/10/12**)

Los mayores cien fondos de pensiones americanos de empleados públicos gestionaban a final de 2011 un total de 2.700 millones de dólares, lo que supone aproximadamente dos veces el PIB español. Según los últimos análisis actuariales de los fondos públicos, se estima que existe un “agujero” de un 25% entre el valor de los activos bajo gestión y las obligaciones de pago a futuros pensionistas.

El problema de financiación de los fondos de pensiones no es nuevo, pero se agravó de forma considerable tras la crisis crediticia del 2007, lo que aumentó el déficit de las pensiones americanas pasando de un 15% a un 25%.

Según los expertos, los fondos de pensiones tienen que alcanzar niveles de rentabilidad anuales superiores al 7% para poder hacer frente en un futuro a sus obligaciones de pago con los pensionistas. Sin embargo, la rentabilidad media de los fondos de pensiones americanos durante la última década ha sido de un 5.6% anual, muy por debajo del 7-8% deseado para corregir el “agujero” de financiación.

El entorno actual de los tipos de interés, que tal como ha anunciado la Fed recientemente “estarán cercanos a cero hasta mediados del 2015”, tampoco ayuda a mejorar la solvencia financiera de las pensiones americanas.

Una de las estrategias por la que han adoptado la mayoría de los gestores en Estados Unidos es la de aumentar su exposición a activos alternativos con expectativas de rentabilidad superiores para poder alcanzar el deseado 7-8% retorno anual.

Si comparamos el “*asset allocation*” de 2007 con el actual, los fondos de pensiones han pasado de invertir un 60% en renta variable a un 50%, han mantenido un 25% en renta fija y las inversiones alternativas en activos “menos líquidos” como private equity, inmobiliario y *hedge funds* han pasado de un 12% en 2007 a un 20% de media en la actualidad.

Los mayores cien fondos de pensiones públicos americanos están destinando de media un 8% a invertir en *private equity,* un 6% en el sector inmobiliario y un 3-4% a *hedge funds* para poder corregir de forma progresiva su déficit de financiación.

Esta tendencia que se dio a conocer a finales de los ochenta por los *endowments* de prestigiosas universidades americanas como Princeton, Harvard y Yale, invirtiendo hasta un 50% en inversiones alternativas es cada vez más popular entre los inversores institucionales. Los modelos tradicionales de inversión no funcionan, por lo menos para garantizar que los americanos cobren sus pensiones.

Habrá que esperar unos años para analizar los resultados de esta política de inversión más “arriesgada” de los fondos de pensiones para superar sus problemas de financiación, en un entorno de mercado donde los modelos tradicionales de renta variable y renta fija no son suficientes para alcanzar las rentabilidades deseadas. La búsqueda de rentabilidades atractivas invirtiendo una parte de la cartera en “activos ilíquidos” es una estrategia cada vez más asumida entre los grandes fondos de pensiones americanos.

HelpAge International y los desafíos del envejecimiento

“*Para 2050 habrá por primera vez más personas de edad que niños menores de 15 años, según datos de HelpAge International. La asociación ha desembarcado en España con un objetivo claro: alertar de la importancia de invertir en nuestros mayores para construir un mundo mejor. Quieren reconocer a los ancianos de todo el mundo como gente válida y útil. Quieren que los mayores cuenten en nuestra sociedad y que no se les margine”...* España y el resto del mundo se enfrentan a un nuevo reto: “El envejecimiento global” (Vozpópuli - **27/10/12**)

El envejecimiento de la población es inevitable. Cada segundo que pasa, hay dos personas en todo el mundo que celebran su sexagésimo cumpleaños. Es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas sexagenarias. Para 2050 habrá por primera vez más personas de edad que niños menores de 15 años, según datos de *HelpAge International*, una red global que ayuda a las personas mayores para reivindicar sus derechos.

A mediados de octubre (2012), en Madrid, se presentó su “filial” en España y allí Pilar Rodríguez, presidenta de *HelpAge International España*, recordó que “pronto la cifra de personas mayores de 60 años alcanzará los mil millones de personas”. Pero quiso centrar su atención en las personas mayores que viven en los países en desarrollo “sin pensiones, sin sanidad, sin servicios sociales”.

Según un informe de esta organización, muchos países han logrado importantes avances adoptando nuevas políticas y estrategias, además de planes y leyes sobre el envejecimiento. Pero alerta de que “es mucho más lo que debe hacerse para plasmar el potencial de nuestro mundo que envejece”.

Al fin y al cabo, el envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas del siglo XXI. Desde la asociación señalan que “dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 o más años de edad, y las proyecciones indican que la proporción será de una de cada cinco personas hacia 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado”.

El envejecimiento de la población está ocurriendo en todas las regiones del mundo y aumenta con mayor rapidez en los países en desarrollo. Al menos un 50% de los niños huérfanos a causa del SIDA en África son cuidados por sus abuelos. “Las personas mayores son un recurso, no una carga”, eso es lo que nos quieren hacer entender desde *HelpAge International*. Hay que tener en cuenta además que “las personas mayores de países en vías de desarrollo, aunque a menudo son pobres y sufren discriminación, son también líderes, cuidadores, trabajadores y catalizadores de cambio”.

En las regiones más pobres del planeta, los conflictos, el SIDA y la inmigración han dejado a muchos niños al cuidado de sus abuelos. Y allí es donde interviene esta organización para hacerse cargo del pago del material escolar y los uniformes, e incluso para ayudar a las familias a generar ingresos. La asociación también facilita unidades médicas móviles adaptadas a la edad de los mayores y también pone a su alcance personal sanitario especializado para atenderles; y formación para poder cuidar mejor a otros.

*HelpAge* reconoce que el envejecimiento es un triunfo del desarrollo y que el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad. Ahora, la esperanza de vida al nacer es en la actualidad superior a 80 años en 33 países. Hace solamente cinco años habían llegado a ese hito únicamente 19 países. Para hacernos una idea más clara: en el último decenio, la cantidad de personas de 60 o más años de edad aumentó en 178 millones, lo cual equivale a casi toda la población de Pakistán, que ocupa el sexto lugar entre los países más populosos del mundo.

El envejecimiento de la población ofrece desafíos económicos, sociales y culturales a las personas, las familias, las sociedades y la comunidad mundial. Como señaló el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, en el prefacio del informe de *HelpAge*: “Las repercusiones sociales y económicas de este fenómeno son profundas y exceden en mucho el ámbito inmediato de la propia persona de edad y de su familia, pues involucran de manera sin precedentes a la sociedad en general y a la comunidad mundial”.

Se prevé para 2050 que un 10% de la población de África tendrá 60 o más años, en comparación con el 24% en Asia, el 24% en Oceanía, el 25% en América Latina y el Caribe, el 27% en América del Norte y el 34% en Europa.

Además, a escala mundial, las mujeres constituyen la mayoría del grupo de personas de edad. Por cada 100 mujeres de 60 o más años de edad, hay solamente 84 hombres en ese grupo de edades; y por cada 100 mujeres de 80 o más años, hay solamente 61 hombres de la misma edad. Es decir, que los hombres y las mujeres experimentan la vejez de manera diferente.

En muchas situaciones, las mujeres de edad suelen ser más vulnerables a la discriminación, además de tener un deficiente acceso al empleo y a la atención de la salud, estar sujetas a malos tratos, a la denegación de su derecho a la propiedad y la herencia de bienes, y a la falta de un ingreso mínimo y la carencia de medidas de la seguridad social. Y aunque los hombres de edad también pueden pasar a ser vulnerables, las diferencias entre hombres y mujeres tienen importantes repercusiones en las políticas y la planificación de programas.

En Madrid se realizó una asamblea sobre el envejecimiento en 2002, hace ya diez años. Ese plan exhortaba a cambiar las actitudes, las políticas y las prácticas a fin de asegurar que las personas de edad fueran consideradas no solamente como beneficiarias de medidas de bienestar social, sino como activas copartícipes en el proceso de desarrollo, cuyos derechos es preciso respetar. El informe actual, *El envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío*, constata la insospechada productividad de las contribuciones de las personas de 60 y más años de edad, en calidad de cuidadores de otras personas, votantes, voluntarios, empresarios, etc.

El informe muestra que, cuando se adoptan las medidas correctas para asegurar buena atención de la salud, ingreso regular, redes sociales y protección jurídica, las generaciones actuales y futuras pueden cosechar en todo el mundo el dividendo de la longevidad.

En los datos queda reflejada la necesidad de que los gobiernos nacionales y locales, las organizaciones internacionales, las comunidades y las entidades de la sociedad civil se comprometan plenamente en un esfuerzo mundial concertado para replantear la sociedad del futuro y adecuarla a las realidades demográficas del siglo XXI.

No comment: riesgo de pobreza, dependencia y otras lacras sociales

- Riesgo de pobreza y pensiones (El Confidencial - **5/12/12**) Lectura recomendada

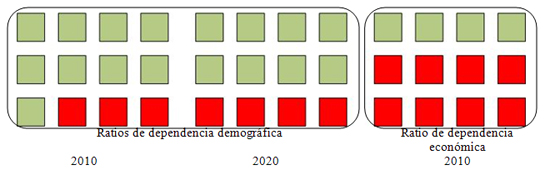
(Por Juan Manuel López-Zafra)

… Se está hablando mucho del [riesgo de pobreza](http://www.elconfidencial.com/economia/2012/12/03/bulgaria-rumania-y-espana-los-tres-paises-de-la-ue-con-mayor-riesgo-de-pobreza-110460/) estos días. Y, relacionado con ello, coinciden en el tiempo la presentación del [informe](http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1259.htm) “Income from work after retirement in the EU” por parte de la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (**Eurofound**), hoy en Bruselas, y la [celebración](http://icsd2012.com/en/index.html) estos mismos días en Santiago de Compostela del International Congress on Social Diversity, en el que se están abordando este y muchos otros problemas que, de forma particular, atañen tanto a discapacitados como a las personas de mayor edad.

Durante 2010, y a nivel de la UE27, el **porcentaje de hogares con dificultades para llegar a fin de mes** fue del 53.6% para aquellos con un adulto de 65 o más años, y del 44.5% para los de dos adultos, con al menos uno de 65 o más. En España los valores fueron desgraciadamente superiores, alcanzando el 61.3% y 54.5% respectivamente. Surgen entonces dos alternativas para reducir ese riesgo: la asistencial (absolutamente imprescindible, pues en muchos casos ni la formación, ni la salud, ni la zona de residencia permiten otra) y la laboral.

En el citado informe de Eurofound, elaborado por los Dres. **Dubois** y **Anderson**, en el que también ha colaborado la Dra. **De Paz Cobo**, de la URJC, se lleva a cabo una revisión exhaustiva de los distintos esquemas de jubilación en la UE y las posibilidades contempladas en cada país en relación con el trabajo de los mayores. Efectivamente, uno de cada tres europeos quiere continuar trabajando llegada su edad de jubilación, y seis de cada diez piensan que la gente debería tener la posibilidad de hacerlo. De hecho, desde 2005 las tasas de empleo de las personas de edad superior a los 65 años se han incrementado significativamente en Finlandia, el Reino Unido, Lituania, Alemania y Austria. La persecución del interés individual, nuevamente, redunda en el beneficio del colectivo, pues un incremento tanto del tiempo de actividad como del número de personas en tal situación reduce la carga que pesa sobre los sistemas públicos de pensiones.

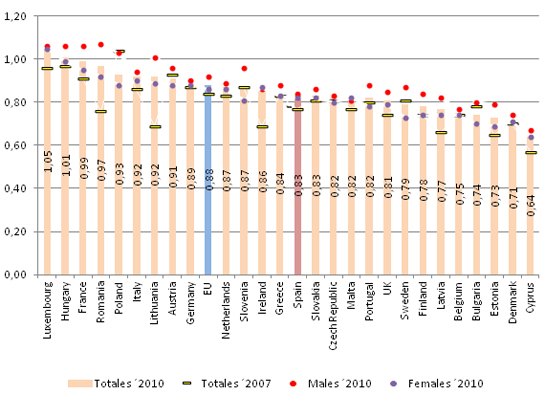
Es interesante observar cómo la dependencia demográfica en la UE27 pasará de un pensionista por cada cuatro en edad de trabajar a uno por cada tres en 2020. Sin embargo, esta relación no recoge el hecho de que entre los potencialmente activos no todos lo están, como ocurre de forma especialmente grave en situaciones de crisis económica como la actual. Surge así el ratio de dependencia económica, que en 2010 alcanzó el valor del 65%, lo que significa que en la UE27 tres activos mantienen a dos jubilados; el peso es ahora mismo exactamente el doble de lo que indica el de dependencia demográfica para 2020. Cierto es que los ratios, sean los que sean, no recogen los incrementos de productividad. Y que son precisamente esos incrementos de productividad inherentes al sistema capitalista los que han permitido la jubilación a los 65 años o la eliminación del trabajo infantil, entre otros avances sociales.



Mayores de 65 años en rojo, entre 16 y 64 en verde. Elaboración propia.

Cabría preguntarse si es socialmente admisible que una persona que ya ha alcanzado la edad legal de jubilación (impuesta desde el Estado, independientemente de la actividad que desarrolle el ya jubilado y de su situación de salud) tenga la opción de permanecer activo. Evidentemente, desde la óptica social del pretendido reparto del trabajo (como si los puestos de trabajo fuesen manzanas que pudieran repartirse dentro de una caja) la pregunta carece de sentido, y, desde la del respeto a la libertad individual, aún más. Pero admitamos la barbaridad, desde un marco meramente de análisis. Para ello, quizá sería conveniente conocer cuál es la situación en la que se encuentra el colectivo analizado, en este caso el de los mayores de 65 años, pero no sólo de forma absoluta, sino también en comparación con los demás. Una de las medidas más informativas acerca de su mejor o peor situación en cuanto a su capacidad económica es el ingreso mediano, valor que recoge el importe de los ingresos que divide en dos partes iguales al grupo: la mitad exactamente obtiene ingresos mayores y la otra mitad menores.

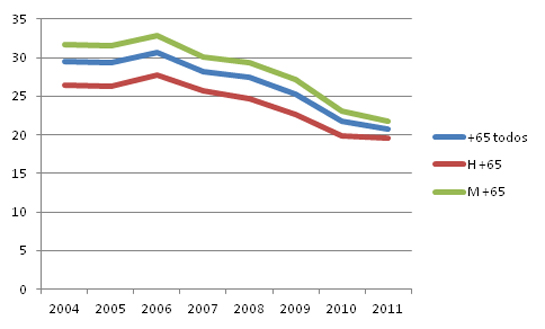
Efectúan los autores la relación por cociente entre el ingreso mediano de los mayores de 65 años con el de quienes tienen entre 16 y 64 años; un valor de 1 indica igualdad entre los dos colectivos (en ambos existe la misma proporción de personas por encima y por debajo del mismo salario), mientras que valores inferiores a la unidad indican que el salario mediano de los mayores es inferior al de los potencialmente activos. Del gráfico posterior podemos concluir dos cosas: por un lado, que la evolución en sólo tres años ha sido positiva, pues en general ha crecido el valor del indicador; por otro, que los ingresos medianos del colectivo de mayores siguen en general siendo más de un 10% inferiores a los del resto de la población. De hecho, en España el ratio toma el valor 0.83 en 2010.



Distribución del ratio de salarios medianos de los mayores de 65 respecto de los potencialmente activos (16 a 64 años). Fuente: Eurofound.

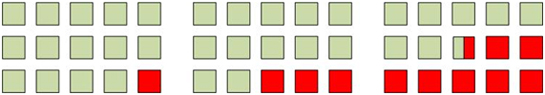
No es extraño entonces que nuestros mayores quieran trabajar. Se encuentran (en general) bien de salud, tienen claramente mucho que aportar y sus ingresos no les permiten vivir de la forma en que lo hacían; ingresos proporcionados en su mayor parte por la pensión de jubilación, en el caso español con un sistema de reparto que limita las máximas y que sigue sometido al vaivén de las decisiones políticas (situaciones ambas que no se producirían en un sistema de capitalización). Y así, es normal que la **tasa de empleo de las personas de 65 a 69 años** en la UE27 se haya incrementado en 1,7 puntos porcentuales desde el 8.8% en 2005 al 10.5% en 2011, destacando en Finlandia con un incremento del 4.9% o el Reino Unido con uno del 4.7%. España ha pasado en ese mismo período del 4.5% al 5%. Al mismo tiempo, en los EEUU, y según el *US Bureau of Labor Statistics*, esa misma tasa de empleo en 2011 alcanzaba al 29.9% de la cohorte de 65 a 69 años de edad. Es interesante observar que esa misma población de mayores ha elegido mayoritariamente la opción de **trabajo a tiempo parcial**; comparando los terceros trimestres de 2007 y 2011,en la UE se ha pasado del 51.6% del total de mayores empleados al 56.8%. En España, mientras tanto, hemos caminado en sentido opuesto, pasando del 29.9% al 24.4%. Los países de más incremento son Chipre (11.3 puntos porcentuales, pp), Francia (8.8 pp), Suecia (8.4 pp) y Estonia (8.5 pp). Y recordemos que uno de los colectivos más sensibles al riesgo de pobreza es el de los mayores.

En el previamente citado congreso presento, junto con la Dra. de Paz Cobo, un estudio pormenorizado de la [Encuesta](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase) de Condiciones de Vida 2011 del INE, publicada hace apenas 6 semanas. Hemos analizado cuáles son los factores que explican que los mayores de 65 años se encuentren dentro del umbral de riesgo de pobreza, hogares que en 2011 contaban con una renta inferior a 7.533 € por persona (el 60% de la **renta mediana** nacional); a pesar de la paulatina reducción ocurrida desde 2004, en 2011 en España casi el 21% de los mayores de 65 años se encontraban dentro de esa situación de riesgo.



Evolución de la tasa de riesgo de pobreza (%) para los mayores de 65 años desde 2004. Elaboración propia a partir de INE.

Hemos analizado hasta un total 10 variables que potencialmente explicarían la situación. Lo que demostramos es que el factor más importante en la explicación del riesgo de pobreza entre los mayores es la **educación**. Así, el mero hecho de tener estudios superiores provoca que sólo uno de cada quince se encuentre en riesgo (izquierda en el gráfico), frente a tres de cada quince en el colectivo general (centro). Por otro lado, en las parejas sin estudios y sin menores a cargo que viven en zona rural se incrementa el riesgo hasta la mitad del colectivo, como se presenta en la parte derecha.



Prevalencia del riesgo de pobreza según factores. “*Analysis of poverty risk of older people in Spain*”, ICSD 2012.

Si consideramos que una sociedad progresa cuando todos sus miembros lo hacen, no debemos descuidar la situación de nuestros mayores. La combinación de políticas asistenciales en los casos en los que sean necesarias con la posibilidad real para el individuo de seguir cotizando y colaborando activamente permitirá corregir las deficiencias que aún existen sin cargar innecesariamente la factura total en el contribuyente. Deben ponerse hoy las bases para ello.

El ajuste de las pensiones a la inflación (larga me la fiais)

*“Varios países europeos (Reino Unido, Francia, Italia, Austria o Bélgica) vinculan la evolución de las pensiones a la inflación, circunstancia que también sucedía en España hasta que este año de forma excepcional el Gobierno ha desechado esta posibilidad para cumplir con el déficit previsto”...* Reino Unido y Francia, entre los países que vinculan las pensiones a la inflación (Negocios.com - **6/12/12**)

La Unión Europea deja margen a los países para decidir los ajustes que quieren aplicar a las pensiones y no existe ningún tipo de obligación respecto a compensaciones por el aumento de la inflación.

“Es una cuestión en manos de los Estados miembros”, señaló a Efe el portavoz comunitario de Empleo y Asuntos Sociales, Jonathan Todd, quien añadió que Bruselas sí ha pedido a los Veintisiete que aseguren la sostenibilidad de las pensiones con medidas como el aumento de la edad de jubilación.

En Francia las pensiones del régimen de la Seguridad Social (unos 12 millones) están vinculadas a la inflación y la revalorización se aplica cada año el 1 de abril.

En esa fecha se aplica la previsión del índice de precios al consumo que ha elaborado la Comisión Económica de la Nación y posteriormente se procede a un ajuste por el posible desfase.

En el Reino Unido el aumento de las pensiones se calcula en base al índice de precios al consumo (IPC), aunque hasta hace dos años se hacía teniendo en cuenta el índice de precios minoristas (RPI), cuyo porcentaje suele ser ligeramente más alto al incluirse el coste de la vivienda y el pago de los intereses de las hipotecas.

Además, el alza de las pensiones se hace en base al IPC de septiembre para ser aplicado a partir del 1 de abril del año siguiente, cuando comienza del año fiscal.

En Italia las pensiones aumentan cada año según la inflación, pero son los Gobiernos los que pueden tomar decisiones extraordinarias al respecto.

El Gobierno de Mario Monti con su último plan de ajuste aprobado en diciembre del año pasado congeló está subida vinculada al coste de la vida durante el bienio 2012-2013 para las pensiones que fueran tres veces superiores a la mínima (1.441,59 euros brutos).

En Austria la ley establece un aumento de las pensiones que compense la inflación, una norma que ha sido modificada por el Parlamento dentro del plan de ahorro del Gobierno y para 2013 las pensiones subirán un 1,8 por ciento, un punto por debajo de la inflación.

Sólo los jubilados con pensiones más bajas, por debajo de 837 euros, y sin otros ingresos, verán aumentadas sus pagas conforme al dato de inflación.

En Bélgica las pensiones se ajustan al aumento de los precios al consumo de manera que aumenta automáticamente en función de un índice de referencia fijado para un año concreto.

En Holanda el sistema de pensiones tiene tres pilares: percepción estatal básica, suplementaria de carácter colectivo y procedente de los fondos de pensiones privados.

El 90% de los trabajadores se beneficia de los dos primeros pilares, que llevan aparejado un sistema de indexación relacionado con la inflación, que en 2011 fue del 2,9%, el mismo porcentaje del acumulado en lo que va de año.

En cambio, las subidas de las pensiones en Alemania se deciden en base a la situación financiera de las cajas aseguradoras, que actualmente disponen de unas reservas superiores a los 29.000 millones de euros y no necesariamente tienen en cuenta los incrementos del IPC.

Las pensiones subirán en Alemania hasta un 11% en los próximos cuatro años, según se desprende del informe del Gobierno federal que aprobó el gabinete ministerial germano el pasado día 28 de noviembre.

En Grecia las pensiones hace tres años que no sólo no suben, sino que han sido recortadas en varias ocasiones.

Antes de la crisis, el aumento de las pensiones era el mismo que el del salario mínimo interprofesional que se negociaba entre sindicatos y patronal.

En Portugal, las pensiones han sufrido cortes y congelaciones desde 2011 debido a la obligación de reducir su gasto público para cumplir con las exigencias de su rescate financiero, por lo que también se repetirán el próximo ejercicio, aunque todavía no han sido divulgados los detalles.

Arreando la manada: atrayendo a los trabajadores jóvenes a la pensión privada

*“La mejor edad para comenzar a ahorrar para complementar la pensión de jubilación son los 35 años, momento en que se tiene “cierta capacidad de ahorro”, explican los expertos de la Asociación Europea de Asesores Financieros (EFPA)”...* Los 35 años, edad ideal para empezar a ahorrar para la jubilación (Negocios.com - **12/12/12**)

En una nota remitida este martes, la EFPA explica que cuanto más joven sea el ahorrador, podrá asumir un riesgo más alto en el reparto de inversiones de su plan de pensiones y orientarlo a renta variable.

“La crisis económica y el cambio demográfico están provocando que mucha gente empiece a ver con preocupación el futuro después de su vida laboral”, dicen los expertos de la EFPA.

“Las cuentas de la Seguridad Social comienzan a ser deficitarias y la relación entre número de trabajadores por cada jubilado se reduce día a día, pese a lo que “el nivel de vida en la jubilación no tiene por qué empeorar”, pero hay que tomar medidas años antes”, añaden.

Si el ahorrador tiene entre los 35 y 45 años se puede apostar por una mezcla de renta variable (60%) y renta fija (40%), mientras que más tarde, entre los 45 y los 55 conviene decantarse por destinar más porcentaje a renta fija.

Propuesta de Fedea: compatibilizar pensión y trabajo para mayores

- El test de ingresos (Fedea - **13/12/12**) Lectura recomendada

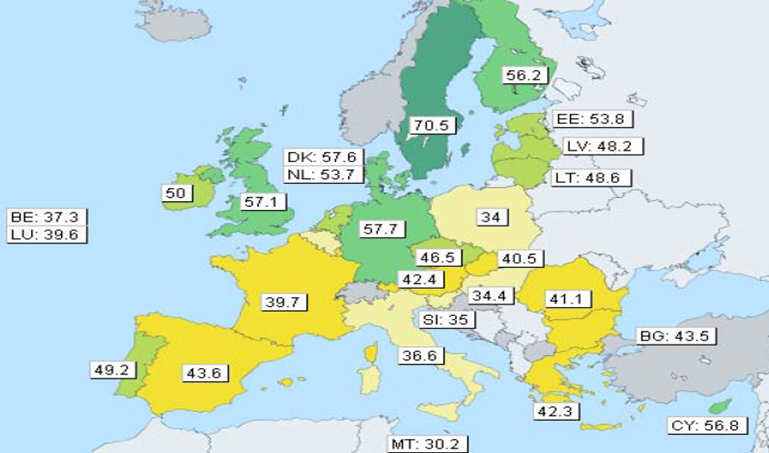
(Por Sergi Jiménez)

La crisis financiera de la seguridad social española (que se espera que tenga un déficit por encima de los 10000 millones de euros, alrededor de un uno por ciento del PIB) y la creciente presión de las autoridades europeas (aquí) están reactivando los tambores de reforma del sistema de pensiones español. Es probable que el ruido, después de haber impedido la revalorización de las pensiones, acabe derivando en un avance de la entrada en vigor de la Reforma de 2011. En el ínterin suenan medidas para, por un lado dificultar las prejubilaciones (véase aquí) y, por el otro, permitir la continuación de la vida laboral (más allá de la edad normal de jubilación) en base a facilitar la compatibilización de pensión y trabajo (véase a este respecto mi entrada de 2010). Ello con la esperanza, ciertamente vana, de que ambas puedan contener el gasto en pensiones. Sin embargo, como comentaremos más adelante, es bien conocido que estas medidas, aunque positivas y necesarias, tienen un impacto limitado sobre la sostenibilidad del sistema a largo plazo. De hecho, lo único que puede funcionar a medio y largo plazo es una severa contención de la generosidad del sistema de pensiones español.

Aun así, en un contexto socioeconómico donde la población en edad trabajar se espera, de no mediar otro doble milagro de crecimiento e inmigración, que mengüe a marchas forzadas (para 2050 se esperan 15.3 millones de mayores y, siendo sumamente optimistas, 17.7 millones de empleados) y donde la fracción que trabaja entre 55-64 en España, aunque está en la media de los países de sur de Europa, es baja comparada con los países del norte (véase la figura 1), es ciertamente interesante modular la regulación sobre pensiones al objeto de motivar a los individuos a permanecer en el mercado de trabajo.

Aunque son numerosas las regulaciones que influyen sobre la participación laboral en edades avanzadas, son particularmente importantes el test de ingresos (earnings test), que es el conjunto de reglas que determinan bajo qué condiciones se compatibilizan trabajo y pensión, y el premio a la extensión de la carrera contributiva. El elemento principal del test de ingresos es el tipo impositivo al que se penaliza la pensión en caso de trabajar. Otros elementos del mismo son el rango de edades sobre el que se aplica y la posibilidad de usar las contribuciones adicionales para reducir la posible penalización por pedir la pensión anticipadamente (véase Benítez-Silva y Heiland para una discusión del caso americano).

Figura 1. La tasa de empleo 55-64 en Europa en 2010.

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/pet-figura1.png)

En España, la incompatibilidad (en general) entre pensión y rentas de trabajo implica un test de ingresos del cien por cien para la gran mayoría de la población. Existen dos excepciones, la jubilación parcial y la jubilación flexible, curiosamente ambas reguladas por un test de ingresos basado en la fracción de la jornada trabajada y no en los ingresos, lo que es relativamente infrecuente. La jubilación parcial, que tuvo un máximo de incidencia en 2008, afectando al 14% de las jubilaciones, no depende únicamente de la voluntad del individuo y es, por tanto, discriminatoria. La misma es muy generosa, ya que una vez alcanzada la edad de jubilación normal, el individuo recupera el 100 por cien de la base reguladora. La jubilación flexible, establecida en 2002, es anecdótica -menos del 0,3% de las jubilaciones en 2011. Permite mantener un trabajo a tiempo parcial mientras la pensión se reduce en proporción a la fracción de jornada trabajada. Finalmente, al llegar a la edad de jubilación obligatoria son pocos los que deciden continuar voluntariamente, ya que el actual premio (dependiendo del número de años cotizados, entre 2 y 3 por ciento de la base reguladora) a la prolongación de la vida laboral es claramente insuficiente para compensarlos.

En el resto de países considerados (principalmente europeos) encontramos una gran variabilidad institucional que va desde la incompatibilidad total hasta la compatibilidad total a todas las edades (véase la Tabla 1 en Disney y Smith, 2002, para una comparación entre países de la OECD a principios de la pasada década). La opción de incompatibilidad total, cada vez más infrecuente, sólo subsiste en Irlanda, Eslovaquia, Letonia, Malta y como ya hemos señalado en España (aunque en un reciente informe se diga que es “algo” compatible). En el resto de casos analizados existe un cierto grado de compatibilidad, que puede estar sujeta a restricciones de edad (por ejemplo en Alemania, Francia, Hungría), de ingresos (por ejemplo Estados Unidos, Bélgica, Países Bajos, Grecia), o a ninguna restricción (Gran Bretaña, Suecia, Italia, Finlandia entre otros países). De hecho, todas las reformas recientes de los sistemas de pensiones, como respuesta a la reducción de la oferta de trabajo a medio y largo plazo, han incluido de una forma u otra la compatibilización de trabajo y pensión, al objeto de favorecer el empleo a edades avanzadas.

La mayoría de los trabajos al respecto en el área (véase por ejemplo Disney y Smith, 2002) muestran que la compatibilización aumenta moderadamente el empleo a edades avanzadas, siendo los casos de UK (Disney y Smith, 2002) y Estados Unidos (Benítez-Silva y Heiland, 2009). Aunque ello no quiere decir que un earning test nulo sea siempre la mejor solución. Por ejemplo, Cremer et al (2005) muestran que un test de ingresos positivo puede ser óptimo si la heterogeneidad en salud y productividad aumentan después de la edad normal de retiro.

Pero, ¿qué podemos decir para el caso español? La evidencia disponible muestra que eliminar la restricción de cobrar la pensión y seguir trabajando puede ser beneficioso para los individuos, para el balance de la seguridad social y para la actividad económica, producto de la mayor oferta de trabajo.

En un trabajo en progreso Jiménez-Martín y Sánchez-Martín (2009, mimeo) muestran que un test de ingresos nulo o, en todo caso, pequeño es beneficioso tanto para la mayoría de los individuos como para la salud financiera del sistema de Seguridad Social. En la tabla 1, mostramos los resultados de simulación obtenidos en un modelo de ciclo vital caracterizado por un sistema de pensiones no muy diferente al vigente en España. En la misma, consideramos 5 casos, incompatibilidad total y 4 test de ingresos sobre la pensión (0, 0.05, 0.25 y 0.50). La compatibilidad total es la opción preferida por el individuo medio, que adelanta ligeramente la edad media a la que pide la pensión, aunque está predispuesto a trabajar más. Al mismo tiempo la deuda de la seguridad social con los individuos cae en todos los casos en los que la pensión es compatible.

Tabla 1. Edad optima de retiro y de pensión para el individuo medio.

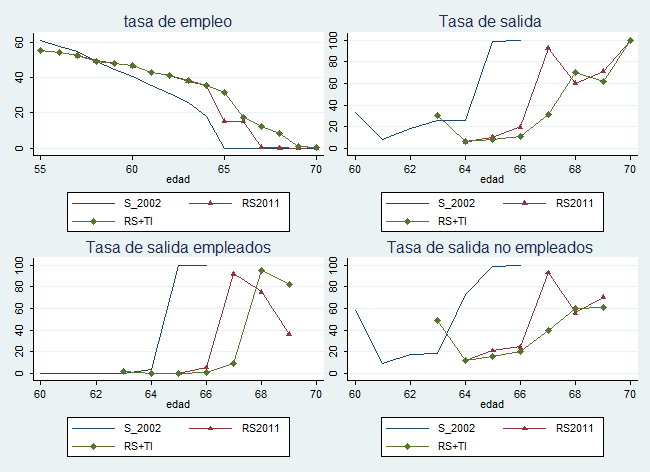
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ET | Edad retiro | Edad pensión | utilidad | Variación equivalente | Riqueza Seguridad Social |
| Inc | 63.83 | 63.83 | -2.97 | 0 | 210.71 |
| 0 | 70 | 63.44 | -2.9388 | -7.84 | 202.05 |
| 0.05 | 70 | 63.51 | -2.9427 | -6.86 | 203.90 |
| 0.25 | 70 | 63.67 | -2.9580 | -3.15 | 208.90 |
| 0.50 | 69.9 | 63.49 | -2.9864 | -3.54 | 209.61 |

Nota: el test de ingresos se aplica hasta la edad de retiro.

En un segundo ejercicio de simulación de un modelo de ciclo vital con incertidumbre de empleo, resuelto por programación dinámica sobre una muestra de individuos simulados de bajos salarios, Benitez-Silva, García-Pérez y Jiménez-Martín (2012, mimeo) muestran que añadir, sobre una versión simplificada de la reforma de pensiones de 2011, la compatibilidad plena pensión-trabajo junto a un premio actuarial (al menos igual a la penalización por adelantar el cobro de la pensión) a posponer el cobro de la pensión, consigue aumentar el empleo en la economía a la vez que se retrasa el cobro de la pensión.

En la figura 2 mostramos los principales resultados de la simulación comparando el sistema vigente (S\_2002), una versión simplificada de la reforma de 2011 (RS2011), que no permite jubilación anticipada a los 61 ni jubilación parcial pero que permite la jubilación a la primera edad que ello es posible para todos los individuos, y una extensión de la última que permite compatibilizar plenamente pensión y trabajo (test de ingresos nulo) y aumenta el premio a posponer el cobro de la pensión (RS\_TI). Ambas reformas, pero especialmente aquella que hace compatible pensión y trabajo, aumenta el nivel de empleo simulado a partir de los 60 años de edad (entre 2 y 3 por ciento), y la edad media a la que se pide la pensión (que pasa de 62.2 a 65.3 y 66.1 respectivamente). Es importante resalta que aumentar el premio a continuar la carrera contributiva tiene un gran impacto sobre el hazard o tasa de salida a partir de la edad de retiro normal tanto de los empleados como los parados. Finalmente, en el caso analizado, la compatibilización puede mejorar las finanzas del sistema de pensiones hasta un 2 por ciento

Figura 2. La tasa de empleo y salida en tres escenarios simulados

[](http://www.fedeablogs.net/economia/wp-content/uploads/pet-figure2.png)

En definitiva, el rediseño de las reglas de compatibilización de pensión y trabajo junto a la mejora de las reglas de extensión de las carreras contributivas (en sustitución del programa de jubilación parcial) consigue que los individuos, voluntariamente y a pesar de tener la opción de salir temprano, trabajen un poco más y pospongan el cobro de la pensión, beneficiando las cuentas de la Seguridad Social y, por ende, la actividad económica. En tal contexto cabe preguntarse ¿A qué esperamos?

¿Una nueva realidad? (dos ejemplos sugerentes)

*“La zona euro se encamina hacia su cuarto año de crisis mientras se zambulle de lleno en la recesión económica. A pie de calle, la realidad macroeconómica y las políticas puestas en marcha por Bruselas para tratar de paliarla se traducen en un cambio de mentalidad y de horizontes económicos que afectan, de una forma o de otra, a todos los ciudadanos comunitarios. En 2009, el cofundador y director de inversiones de Pimco, el mayor fondo de bonos privado del mundo, Bill Gross,* [*acuñó el término nueva normalidad*](http://www.eleconomista.es/fondos/noticias/1443610/07/09/Bill-Gross-anima-a-los-inversores-a-ser-clasicos-y-mantenerse-lejos-de-los-activos-con-mas-riesgo.html) *para referirse a un nuevo escenario global caracterizado por un bajo crecimiento económico, un desempleo elevado y unos menores rendimientos sobre los activos*”… Así es la nueva normalidad en la zona euro: del parado español al jubilado alemán (El Economista - **14/12/12**)

Años después, el escenario que dibujó el gurú de la renta fija está de plena vigencia en Europa. Esta nueva normalidad la sufren a diario los millones de europeos que han visto modificadas sus condiciones de vida. Tanto en los llamados periféricos, donde la exigencia de austeridad y la recesión han impactado con más fuerza, como en las naciones más ricas, las reglas del juego han cambiado de forma radical.

Así lo explica otra de las vacas sagradas de PIMCO, su consejero delegado, Mohammed El-Erian: “Después de haber ido demasiado lejos durante la “gran época” del apalancamiento y el crédito, los países occidentales se enfrentan ahora al reto de superar la resistencia conjunta del escaso crecimiento, el paro excesivo y la deuda elevada en lugares equivocados”.

Para ilustrar la imagen, “Bloomberg” se fija en dos perfiles completamente opuestos pero con un punto en común: el punto de inflexión que la crisis ha supuesto en sus perspectivas laborales y financieras. Jubilados alemanes y parados españoles representan las dos caras de la misma moneda, un euro a dos velocidades que trata de encontrar la fórmula para la recuperación económica.

Para empezar, recoge el caso de un español de 26 años en paro, divorciado y con una hija. Fran López trabajaba como electricista en Madrid y llegó a cobrar un sueldo mensual de 4.000 euros. El estallido de la burbuja inmobiliaria le dejó sin trabajo y, a día de hoy, se ha visto forzado a volver a casa de sus padres y a terminar los estudios básicos para poder acceder de nuevo al mercado laboral.

En paralelo, Daniel Just se encuentra ante un reto laboral que nunca antes había encarado. Es jefe de inversiones del mayor fondo de pensiones público alemán y tiene que hacer frente a la caída sin precedentes de la rentabilidad de los productos que gestiona: las pensiones de los jubilados germanos. Según explica, los fondos de pensiones en Alemania son tradicionalmente conservadores a la hora de invertir.

A diferencia de los que existen en otros países como Reino Unido o EEUU, en Alemania se invierte una gran parte del dinero en renta fija, ya que la ley alemana establece que deben mover el dinero hacia activos que garanticen “la mayor seguridad posible”. Esto implica que normalmente apuesten por la deuda pública alemana que, considerada como refugio frente al riesgo del resto de la zona euro, lleva meses presentando bajos rendimientos que incluso han llegado a ser negativos en algunos casos.

¿Y en qué se traduce? Para los jubilados alemanes implica asumir que contarán con un retiro menos “dorado”, ya que las rentas de su trabajo dan menores frutos que antaño. Para el electricista español, supone renunciar a su antigua vida de gastos y completar su formación, una carencia que en su día no le impidió encontrar un trabajo bien remunerado.

Es una transformación profunda que durará tiempo**.** “Si vives un largo período en el que los desequilibrios crecen, luego llega el largo periodo durante el que relajarse”,apunta el economista jefe para la zona euro de BNP Paribas, Ken Wattret. “Primero tienes la fiesta y luego la hambruna”, concluye.

Pension Reform: ¡Para comerte mejor! (como diría el lobo de Caperucita)

- El futuro de las pensiones: el libro de Nicholas Barr y Peter Diamond (Fedea - **12/1/13**)

(Por Luis Garicano) Lectura recomendada

(La mejor guía a la reforma de los sistemas de pensiones existentes, “Pension Reform: A short guide”, de Nicholas Barr y Peter Diamond, ha sido traducida al español por la editorial El Hombre del Tres como “La reforma necesaria: El futuro de las pensiones”, con prólogo mío (Kindle, papel) Se lo recomiendo encarecidamente a cualquiera que tenga interés en el tema. Reproduzco, a modo de reseña, el prólogo.)

Quizás el mayor fallo del mercado concierne al reparto de la población entre retirados, trabajadores, y jóvenes. No hay ningún precio que anime a las personas a tener más hijos o menos y que ordene tales decisiones de acuerdo con una necesidad social. Si la sociedad quiere más coches, suben sus precios, y hay una oportunidad de negocio que los emprendedores pueden aprovechar produciendo más coches. Pero no es así con la demografía, que sucede al margen de las necesidades de la sociedad en su conjunto y responde a decisiones individuales sin coordinación alguna. Así, hay países en desarrollo donde las familias tienen demasiados hijos y no terminan de poder iniciar la transición al crecimiento económico. Por el contrario, en gran parte de los países más desarrollados (y de los menos desarrollados, como muestra el primer capítulo de este libro) hay demasiados pocos (en España, por ejemplo, hemos pasado de 2,9 hijos por mujer en edad fértil en 1970 a solo 1,4 en la actualidad) y se avecina un cambio demográfico sin precedentes que va a poner el reparto de recursos entre trabajadores y retirados en el centro de la discusión política durante muchos años.

Tomemos el ejemplo de España. En 1970 la pirámide demográfica tenía una forma claramente piramidal, con casi 6 personas en edad de trabajar por cada persona en edad de jubilación. En 2011 la pirámide no era tal, sino más bien un cilindro, y había menos de 4 personas en edad de trabajar por cada persona en edad de jubilación. Los demógrafos calculan que en el año 2050 habrá 1,3 personas en edad de trabajar por cada persona en edad de jubilación. La pirámide de población de España para 2049 parecerá de nuevo una pirámide, pero invertida, con los grupos de población más reducidos en la base y los más grandes en su techo, fruto del incremento de la esperanza de vida y de la menor fertilidad. España, como otros muchos países desarrollados o en vías de desarrollo, envejece muy deprisa.

Esto, como muy bien insisten los autores de este libro, no es motivo de alarma: el envejecimiento de la población es el resultado de varias muy buenas noticias empezando por la enorme caída de la mortalidad infantil, que ha sido el principal factor detrás de una enorme mejora de la esperanza de vida al nacer. Pero no cabe duda de que el cambio demográfico, y el conflicto intergeneracional que apareja, vayan a ser uno de los problemas, si no EL problema, que dominará la discusión de política económica del próximo siglo. Y debemos confiar en que los que tomen decisiones durante tal período basen tales decisiones en análisis como el que desarrollan en este libro Nicholas Barr y Peter Diamond.

Este libro, que combina teoría con discusiones de los sistemas de varios países, constituye una excelente guía para entender los debates que se avecinan. Los autores tratan de analizar, desde un punto de vista objetivo, el por qué y el cómo de los sistemas de pensiones existentes, evaluando también cómo cumplen diferentes sistemas sus distintos objetivos, y cuáles son los costes y beneficios de cada alternativa.

Aparte de la claridad y amenidad con la que está escrito, quizás lo más notable del libro es la falta de una perspectiva ideológica y de preconcepciones. Los autores tratan de explicar cada sistema y cada reforma y de evaluar sus ventajas e inconvenientes, reconociendo que no existe una solución ideal a los problemas de eficiencia y equidad que estos sistemas plantean. Eso sí, el sistema ideal no existe, pero sí existen respuestas incorrectas a las preguntas planteadas, como también existen preguntas incorrectas. La sociedad debe entender los costes de las alternativas para las generaciones actuales y futuras y evaluarlas con transparencia y claridad.

Los sistemas de pensiones cumplen dos objetivos principales. Primero, sirven como un sistema de ahorro, permitiendo a los ciudadanos transferir recursos del presente al futuro. Un sistema privado de pensiones con cuentas individuales puede cumplir bien este objetivo. Segundo, en un mundo con incertidumbre, los sistemas de pensiones proveen un seguro contra los riesgos de la vejez (vivir demasiado para los ahorros disponibles o demasiado poco), la invalidez, y la muerte, protegiendo en este caso a los descendientes. Aquí los sistemas privados se enfrentan con fallos del mercado que los autores discuten. Dada esta combinación de objetivos, no es extraño que los sistemas que recomiendan los autores sean combinaciones de sistemas de reparto con cuentas individuales.

Sí, los autores son economistas, y entienden las ventajas de la elección y la competencia en el mercado. Pero son economistas que también entienden las imperfecciones del mercado, no sólo por externalidades, sino también por problemas de comportamiento de los agentes en un mundo en el que las decisiones son complejas y la información difícil de conseguir y procesar. Y entienden que las pensiones privadas requieren un nivel de experiencia y capacidad administrativa y financiera que en muchos casos no está disponible. Por ello el sistema adecuado, como ilustran en el capítulo 11 del libro, combina los elementos básicos de maneras diferentes dependiendo del nivel de desarrollo del país del que se trata.

Desgraciadamente, los retos a los que nos enfrentamos no se limitan a la elaboración de un buen sistema de pensiones, sino que requieren adaptar este sistema a las nuevas realidades demográficas. Las soluciones no son sencillas, y requieren una combinación de medidas. Un sistema de ajuste automático a los cambios en la esperanza de vida es necesario en cualquier caso. Pero también es necesario aceptar que la realidad demográfica impondrá una mezcla de subidas de las contribuciones, bajadas de las pensiones, retraso de la jubilación, e incentivos fiscales al ahorro privado.

Este es un libro importante, escrito para una sociedad imperfecta, con agentes que toman decisiones en situaciones en las que ni entienden lo que hacen, ni tienen la información, o la capacidad, para entenderlo. Es en este mundo real en el que los políticos y técnicos deben tomar sus decisiones, conscientes de los errores que los agentes van a cometer al elegir y de que, sin limitar la capacidad de elección de estos agentes más allá de lo estrictamente necesario, deben tratar de acercar la sociedad lo más posible a una solución imperfecta, pero razonable y razonada, y no perseguir la búsqueda del triunfo ideológico, sino la solución de los complejos problemas que se nos plantean. Cualquiera en búsqueda de una opinión informada, político, técnico, académico o ciudadano curioso sobre este importante debate, encontrará en este libro un recurso imprescindible.

¿Y si empujan a los pensionistas al “abismo fiscal”? Una “solución” para dos problemas

- Cómo EEUU puede arreglar el sistema de Seguro Social (The Wall Street Journal - **14/1/13**)

(Por Alicia Munnell / Del blog Encore, de MarketWatch) Lectura recomendada

Este es un buen momento para solucionar los problemas de financiamiento del Seguro Social de Estados Unidos. De hecho, la decisión del Congreso, como parte de las negociaciones sobre el “abismo fiscal”, de permitir que la reducción de dos puntos porcentuales en el impuesto sobre la nómina expirara abre el paso para restaurar la solvencia por completo. Sin dudas, el sistema de Seguro Social no ha contribuido al déficit en el pasado y técnicamente no lo puede hacer en el futuro, ya que por ley los gastos no pueden exceder los ingresos destinados. Pero las prestaciones prometidas del Seguro Social exceden los impuestos previstos, lo que crea una brecha de financiamiento que debe ser solucionada.

El clima político en Washington es abrumador para cualquier tipo de proyecto sensato. Pero no puedo pensar en ningún motivo de que el próximo año sea mejor que este. Y estamos por llegar al vigésimo aniversario de la evidencia de un déficit significativo en el programa. Estoy particularmente consciente de la fecha porque en 1994, como la secretaria adjunta de tesorería para política económica, recibí un borrador del informe de los administradores que mostraba un aumento en el déficit a largo plazo, de 1,5% a 2,1% de las nóminas sujetas a impuestos. Como una gran partidaria de este maravilloso programa, me sentí consternada de que el deterioro de las finanzas del sistema ocurriera bajo mi supervisión.

Restaurar el equilibrio del Seguro Social es fundamental para el bienestar de todo trabajador, ya que el sistema proporciona la base de los ingresos de jubilación. Los beneficios no son grandes -alrededor de US$ 1.200 al mes en promedio- pero son indexados a la inflación y continúan conforme la persona siga viviendo. Los únicos otros ingresos de jubilación para la mayoría de los hogares serán generados por los activos en los planes 401(k) u otros planes de jubilación de aportación definida. La reciente Encuesta sobre las Finanzas del Consumidor de la Reserva Federal de EEUU muestra que estos activos son modestos: US$ 120.000 para familias que se acercan a la jubilación. Si una pareja compra una anualidad conjunta y de sobreviviente -un tipo de pensión que otorga pagos mensuales siempre y cuando al menos uno de los cónyuges siga vivo- con US$ 120.000, recibirán US$ 575 al mes. Es probable que estos US$ 575 sean la única fuente de ingresos adicionales, ya que el hogar típico no posee otros recursos financieros fuera de su plan 401(k).

La pregunta clave es qué cantidad de la brecha de financiamiento del Seguro Social debería ser cerrada con recortes de beneficios vs. aumentos de impuestos. Mi perspectiva es que las jubilaciones corren peligro. La necesidad de ingresos de jubilación está creciendo conforme la gente vive más tiempo, los costos médicos aumentan y dos terceras partes necesitarán algún tipo de cuidado a largo plazo. Al mismo tiempo, el sistema de jubilación se está contrayendo. El Índice Nacional de Riesgo de Jubilación de EEUU muestra que 53% de los hogares corren riesgo de no poder mantener su calidad de vida previa a la jubilación una vez que dejen de trabajar. Debido a esta previsión, aunque cualquier pacto obligará concesiones, deberíamos ser cautelosos sobre hacer recortes fuertes en los beneficios.

Resolver el desafío de financiamiento del Seguro Social requiere una combinación de aumentos de ingresos y reducción en el crecimiento de las prestaciones. En términos de los ingresos, algunas de las propuestas atractivas incluyen incrementar gradualmente la base de aportes y beneficios a un nivel que cubra 90% de los ganancias nacionales totales (alrededor de US$ 180.000 a los niveles de ingresos actuales) y eliminar gradualmente la exclusión tributaria para seguros de salud grupales, para que el impuesto sobre la nómina (y sobre los ingresos) cubra las cuotas tanto del empleado como del empleador.

**Nadie quiere recortes de beneficios, pero dos opciones posibles son elevar la Edad de Jubilación Plena (después de que llegue a 67) para mantenernos al ritmo de los avances en la longevidad y adoptar un índice de precios al consumidor “ponderado” al ajuste del costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés) del Seguro Social. Los efectos adversos del ajuste de COLA en personas de bajos recursos o en los muy ancianos podrían ser compensados por un incremento en el beneficio mínimo o un ajuste de 5%, digamos, a los 85 años.**

En pocas palabras, toda persona a quien le importe la seguridad en la jubilación debería dar la bienvenida a la restauración de los impuestos sobre la nómina. Este cambio vuelve a situar el déficit en un nivel manejable. Aprovechemos esta oportunidad para eliminar la brecha presupuestaria y realmente excluir el Seguro Social de los debates sobre la política fiscal.

Otra de las caras ocultas del milagro alemán (además de minijobs, o de 8,50 E la hora)

*“El poder adquisitivo de los más de veinte millones de jubilados alemanes cayó casi un 10 % en los últimos diez años, informa en su edición de hoy el popular diario “Bild”, que se remite a un estudio de la Universidad de Friburgo (sur del país)”…* El poder adquisitivo de los jubilados alemanes cayó 10% en diez años (El Economista - **19/1/13**)

De acuerdo con esa información, pese al incremento de las pensiones aprobado en julio de 2012, el poder adquisitivo real de los 20,5 millones de jubilados alemanes bajó estos años un 0,4 %, en los ciudadanos del oeste, y un 0,3 %, en sus compatriotas del este.

El retraso es efecto de la inflación y, teniendo en cuenta las sucesivas congelaciones de las rentas en los años pasados, acumula una caída real del 9,2 % desde 2004.

El director del Instituto de Estudios Financieros de Friburgo, Bernd Raffelhüschen, apunta sin embargo a ese rotativo que tal caída es similar a la sufrida en los ingresos de la población activa.

En ese caso, el efecto se deriva de la denominada progresión fría, que hace que los aumentos salariales anuales terminen engullidos por la inflación, sumada a un cambio de tarifa fiscal.

El Gobierno de Angela Merkel aprobó en 2012 un incremento de las jubilaciones del 2,26%, en el este, y del 2,18%, en el oeste, después de estar tres años prácticamente congeladas.

Entre 2004 y 2006, las pensiones habían tenido un incremento nulo por razones presupuestarias.

Con el desnivel a favor de los jubilados del antiguo territorio germano-oriental se pretende compensar gradualmente el desequilibrio persistente entre las pensiones de una y otra mitad del país.

Más de veinte años después de la reunificación (en 1990), las jubilaciones del este del país se sitúan aproximadamente en el 87 % de las que se perciben en el oeste.

La jubilación media en Alemania es de 1.049 euros en el caso de los hombres, mientras que la de las mujeres se sitúa en 525 euros, según cifras de 2011.

Hay que “fusilar” a los viejos (ya está bien de consumir tantos recursos, tantas medicinas, de tener que cederles el asiento en el autobús, de caerse por cualquier parte)

- Se acelera el problema de vejez de Europa (The Wall Street Journal - **21/1/13**)

(Por Richard Barley) Lectura recomendada

El jurado aún está por decidir si los países han salido más sabios de la crisis financiera global que comenzó en 2008. Pero lo que está claro es que están saliendo más viejos. Los gobiernos en muchos mercados desarrollados han perdido tiempo valioso para abordar una fuerza inexorable: la presión que una población envejecida ejercerá sobre las finanzas públicas. Eso es particularmente cierto en Europa, debido a su intensa crisis fiscal.

El futuro de muchos países incluye una reducción de la población en edad productiva que apoya el creciente número de personas de edad avanzada. En promedio, la medida clave de la dependencia de ancianos (el número de habitantes de 65 años o más dividido por el número de personas entre 15 y 64) aumentará a 34% para 2050 frente a 14,2% en 2012 para los países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), según Fitch. Japón sobresale, pues su porcentaje ya llegó a 35,5% en 2010 y tiene pronósticos de que aumentará a 69,6% para 2050.

**Pero la crisis ha causado que el punto de partida financiero sea peor para otros países, particularmente en Europa. En 2009, la Comisión Europea pronosticó que los gastos relacionados a la vejez representarían 25% del Producto Interno Bruto de la Unión Europea para 2033. Sin embargo, ese nivel fue alcanzado en 2010, debido a la profunda recesión.**

Las suposiciones más bajas de crecimiento significan que la carga futura está aumentando. Ahora se prevé que los gastos relacionados a la vejez por los gobiernos de la Unión Europea como porcentaje del PIB crecerán en 5,1 puntos porcentuales para 2050, de acuerdo a Fitch, comparado con una proyección de 4,3 puntos en 2006.

No todas las noticias son malas. La crisis fiscal en Europa está obligando a algunos países a abordar este problema. Portugal, Italia y Grecia han neutralizado efectivamente el impacto a largo plazo del envejecimiento, indica Fitch. En Portugal, la proyección de crecimiento en gastos relacionados a la vejez para 2050 fue de 9,7 puntos porcentuales del PIB cuando fue calculada en 2003; ahora es de solo 0,2 puntos porcentuales.

Estas proyecciones a largo plazo deben ser tratadas con cuidado. Son enormemente sensibles a pequeños cambios en las suposiciones subyacentes. Pero el mensaje es claro: sin cambios en la política, la actual crisis fiscal es solo una precursora a una crisis más larga y profunda en el futuro.

Los inversionistas necesitan tomar nota de qué gobiernos están adoptando medidas, y cuáles no.

El peligro de la pirámide invertida: solución (lo dicho), “eutanasia involuntaria pasiva”

- ¿Qué pasará si la población sigue envejeciendo? Temor a un shock fiscal (Negocios.com - **22/1/13**) Lectura recomendada

La agencia de calificación crediticia Fitch Ratings calcula que el envejecimiento de la población tendrá un impacto en el PIB de España de ocho décimas en 2020 y del 4% de cara a 2050, según recoge el informe “Costes de envejecimiento: la segunda crisis fiscal”.

Fitch señala que, aunque una exitosa resolución de la actual crisis fiscal sigue siendo el factor más importante de los ratings de muchas economías avanzadas, sin nuevas reformas para hacer frente al impacto a largo plazo del envejecimiento de su población, estos países se enfrentan a un segundo “shock” fiscal en el largo plazo.

En concreto, calcula que, sin la implementación de reformas mitigadoras, la mediana de los países analizados por la agencia prevé un impacto de seis décimas en el PIB en 2020 y del 4,9% en 2050.

Como consecuencia de este fenómeno, muchos de estos países experimentarían un aumento de los ratios de deuda pública respecto al PIB, situando la mediana del incremento en el 6,2% en 2020 y en 126,9% en 2050. En el caso de España, Fitch calcula que aumentará un 6,2% en 2020 y un 39,4% en 2050.

“Sin reformas para impulsar la productividad laboral y/o las tasas de participación en muchas otras economías avanzadas, el envejecimiento de la población llevará al potencial crecimiento del PIB a reducirse en el largo plazo, exacerbando el desafío fiscal”, advierte.

Pese a ello, reconoce que en el corto plazo pocos países se enfrentan a un problema “inminente”, aunque apunta que, sin una gran reforma de las pensiones, rebajará los ratings de los países que se enfrentan a mayores previsiones de envejecimiento a lo largo de la próxima década, hasta en cinco escalones de aquí a 2050 en el caso de los que están en peor situación.

Según, los cálculos de la agencia, Japón, Irlanda y Chipre se enfrentan al mayor aumento de los costes de envejecimiento en la próxima década, mientras que Luxemburgo, Bélgica, Malta y Eslovenia sufrirán el mayor impacto en el muy largo plazo. De hecho, recuerda que la reforma de las pensiones fue uno de los factores por los que rebajó el rating de Eslovenia en 2011.

La agencia hace referencia concreta a la situación de algunos países de la periferia de la eurozona, donde, a pesar del desafío fiscal al que se enfrentan, han demostrado el poder de las reformas en la transformación de las proyecciones a largo plazo.

“Las recientes reformas en Portugal, Italia y Grecia han neutralizado de forma eficaz el impacto a largo del envejecimiento de la población en sus finanzas públicas”, asegura.

El país germano verá durante los próximos 50 años como su población mengua y envejece, lo que supondrá su mayor problema demográfico (¿al geriátrico de Dachau?)

*“El envejecimiento y la reducción de la población de Alemania será el reto demográfico principal en las próximas décadas. Alemania tiene los índices de fertilidad más bajos de Europa, con 1,4 niños por mujer, bastante por debajo de los 2,1 niños por mujer considerados necesarios para mantener estables los niveles de población. Al mismo tiempo, la esperanza de vida es de 80 años, una de las más altas del continente según datos aportados por Stratford”...* Alemania se hace vieja (Negocios.com - **5/2/13**)

Esta combinación de baja fertilidad y alta esperanza de vida tendrá dos consecuencias en Alemania. Primero, la población del país caerá desde los actuales 82 millones a cerca de 65 millones en medio siglo. En segundo lugar, su población envejecerá significativamente, algo que obligará a cambiar la estructura de su mano de obra.

En 2010, Alemania contaba con unos 50 millones de habitantes entre los 20 y 65 años. Estadísticas oficiales prevén que la población de este grupo de gente descenderá a 36 millones en 2060, cuando más de la mitad de la población alemana sea mayor de 51 años.

Este proceso de una población que envejece y mengua supone retos sustanciales para el país germano. En primer lugar tendrá que encontrar una manera de continuar con sus altas tasas de productividad con una mano de obra envejecida. El gobierno teutón también necesitará aprobar difíciles cambios que afectarán a la seguridad social y a los sistemas de pensiones. Esos cambios ya están creando controversia en el resto de países europeos, como en España.

Atraer inmigrantes podría mitigar los efectos del envejecimiento de la población, pero la llegada de trabajadores extranjeros no parece eficaz contra el descenso de población. Incluso si Alemania se las arregla para atraer unos 200.000 trabajadores foráneos al año, su población descenderá igualmente durante los próximos 50 años. Además, la llegada masiva de inmigrantes lleva implícito el riesgo de generar malestar social en la población nativa.

El cambio demográfico alemán también tendrá efectos económicos. Se prevé que Alemania perderá su superávit comercial en 2030 a causa del descenso de exportaciones a causa de una menor producción y el aumento de importaciones a causa de los jubilados. Sea como sea, el PIB germano crecerá a causa del descenso de la población.

Contrarian Business Week:¿Celebrar el envejecimiento mundial?

- El envejecimiento global puede ser exactamente lo que el mundo necesita (El Economista - **11/2/13**) Lectura recomendada

El fenómeno del envejecimiento de la población mundial, especialmente en los países desarrollados, casi siempre se ha analizado desde una perspectiva negativa, cuando no maltusiana. Sin embargo, esta *recesión reproductiva*, lejos de ser una amenaza, puede ser exactamente lo que el mundo necesita, según recoge la revista *Business Week*.

Los datos oficiales son elocuentes. A nivel mundial, en 1970, una mujer tenía de media 4,7 hijos durante su vida, cifra que en 2011 cayó a 2,5. Esta tendencia se ha dado en todo el mundo, y si bien es más clara en Occidente, la región más fértil del planeta, el África subsahariana, también ha visto cómo se reducía su natalidad: de 6,7 hijos por mujer en 1980 a 4,9 hijos en 2010, según recoge la revista, que destaca además que los nacimientos entre mujeres de menos de 20 años han caído un 20% en lo que llevamos de siglo XXI.

Esta caída de la natalidad, junto a la mayor esperanza de vida global ha hecho asimismo que el mundo vea que su edad media crezca rápidamente. En 1980, esta edad era de 23 años, según la ONU, mientras que en 2050 se espera que sea de 38 años. En 1970, la mitad de la población tenía menos de 20 años, mientras que en 2011 apenas es un tercio. Al mismo tiempo, se espera que el 20% de la población sea mayor de 65 años en 2050.

A pesar de los desafíos, esta situación “también es causa de celebración”, defiende Bloomberg. Por una parte, refleja que está creciendo la igualdad entre hombres y mujeres, ya que estas normalmente quieren tener menos hijos que los hombres. Una de las razones es que los hijos, hoy en día, tienen más posibilidades de sobrevivir y prosperar. La mejor educación a todos los niveles también es un factor a tener en cuenta.

Además, el secreto de la riqueza no es tener más gente joven, sino gente más productiva. Las economías pueden seguir creciendo si se centran en la productividad de aquellos dispuestos y preparados para trabajar. Bloomberg asegura que a nivel global todavía hay mucha capacidad en el mercado laboral, y los países en los que todavía sigue creciendo la población pueden inmigrar y llevar el vacío de los países desarrollados en los que no hay suficientes nacimientos.

De hecho, en muchos países como la India el empleo informal ocupa casi al 75% de los trabajadores, donde la productividad es mucho menor. Sin embargo, con trabajadores más cualificados los países pueden generar más riqueza con poblaciones menores.

Otro aspecto en el que el envejecimiento y el estancamiento de la población pueden ser muy positivos a nivel global es el cambio climático. El 10% más rico del planeta, que gasta 100 veces más al año que el 10% más pobre, es asimismo responsable de gran parte de los problemas medioambientales. Actualmente, el mayor problema para combatirlo es dar a todo el mundo unos niveles de bienestar, algo que con una población estable sería más fácil de conseguir.

Un último aspecto positivo es la mayor paz. Los jóvenes, estadísticamente hablando, tienen una mayor propensión a los crímenes violentos que los mayores.

Por todo ello, puede resultar positivo, especialmente en temas como la igualdad de la mujer o la salud pública, aunque los desafíos son conocidos, especialmente para las industrias que o bien dan servicios a los jóvenes o bien dan servicios a los adultos. Por ejemplo, colegios, que verán reducido el número de “clientes”.

Pero sin duda, el principal es el gasto en personas mayores y pensiones. Una consecuencia que parece inevitable: o se dispara esta partida o los jubilados verán que su nivel de vida cae considerablemente.

El modelo sueco: un sistema de pensiones de “cuentas nocionales”

- La reforma de las pensiones de la que no se habla (Libertad Digital - **25/4/13**)

Este modelo mantiene el reparto intergeneracional, pero incluye mecanismos de ajustes y busca equilibrar cotizaciones y derechos adquiridos.

(Por D. Soriano) Lectura recomendada

**Un sistema de pensiones de “cuentas nocionales”.** Puede que a la mayoría de los españoles este nombre les suene a chino, pero a partir de ahora quizás empiecen a escucharlo mucho más a menudo. Numerosos expertos creen que es la única salida para salvar el actual modelo de reparto. En **Suecia, ya se puso en marcha hace más de una década**, y otros países europeos están caminando en esa dirección. En España, los políticos han esquivado el tema, pero cada día será más complicado no hacerle frente.

Este viernes, el Consejo de Ministros tiene por delante una de sus reuniones más esperadas. El Gobierno presentará su [segundo plan de reformas](http://www.libremercado.com/2013-04-08/el-gobierno-presentara-el-segundo-plan-de-reformas-el-26-de-abril-1276486927/), con las medidas que ha pactado en Bruselas para, teóricamente, **impulsar el “crecimiento económico y la creación de empleo**”. Y de entre todos los anuncios, quizás el que más expectación ha levantado ha sido el de la posible [reforma de las pensiones](http://www.libremercado.com/2013-04-17/rajoy-prometera-a-bruselas-tocar-las-pensiones-y-la-ley-de-emprendedores-1276487756/). En principio, no debería haber novedades sobre las prestaciones actuales; más bien, lo que se planteará es un esquema a medio plazo, para modificar el sistema de pensiones actual y hacerlo "sostenible", quizás el adjetivo más utilizado por los políticos cuando hablan de esta cuestión.

Hasta ahora, todo lo que se ha hecho son retoques sobre un modelo que casi todos los expertos advierten que está [al borde de su capacidad de aguante](http://www.libertaddigital.com/economia/el-fondo-de-reserva-de-la-seguridad-social-puede-agotarse-en-2020-1276404949/), quizás no ahora, pero sí a medio plazo (y los cambios en pensiones hay que hacerlos a una década vista). De esta manera, **subir a los 67 años la edad de jubilación o cambiar las reglas** para el período de cálculo son sólo un parche, lo que los expertos llaman “cambios paramétricos”.

Hace unas semanas, la patronal de las aseguradoras, [Unespa](http://www.unespa.es/frontend/unespa/base.php), presentó [un documento](http://www.unespa.es/frontend/unespa/Pensiones-Mas-Justas-Y-Sostenibles-vn3137-vst211) que podría muy bien servir de base para esa reforma en profundidad del sistema: Un sistema de cuentas nocionales para España. Por un sistema de pensiones solidario, sostenible y transparente y está realizado por un grupo consultivo encabezado por el exministro socialista Juan Manuel Eguiagaray, y que se completa con Rafael Doménech, José María Fidalgo, José Luis Leal Maldonado, Víctor Pérez Díaz y Felipe Serrano. De hecho, la presencia de estas personalidades es especialmente significativa. No sólo son algunos de los expertos más reconocidos en la materia, sino que **varios de ellos forman parte del** [Comité](http://www.libremercado.com/2013-04-12/victor-perez-diaz-presidira-el-comite-sobre-el-factor-de-sostenibilidad-de-las-pensiones-1276487373/) **sobre el factor de sostenibilidad** de las pensiones que presentó el Gobierno hace dos semanas.

## **Reparto, pero menos**

Lo primero que hay que decir es que el sistema de cuentas nocionales sigue siendo [un modelo de reparto](http://www.libertaddigital.com/economia/mitos-y-realidades-del-sistema-espanol-de-pensiones-1276403826/), con todo lo que esto implica. Esto quiere decir que se basa en la llamada “solidaridad intergeneracional”: los **trabajadores del presente le pagan la jubilación a los pensionistas** con sus cotizaciones. Por lo tanto, no hay un ahorro real detrás de las pensiones como ocurriría en un modelo de [capitalización](http://www.libertaddigital.com/economia/capitalizar-las-pensiones-permitiria-jubilarse-a-los-45-anos-con-2169-euros-1276401467/).

Sin embargo, el sistema nocional tiene algunas novedades muy importantes que lo diferencian del actualmente vigente. El principal cambio es que pasa de un modelo **de “prestación definida” a uno de “aportación definida”**. De esta manera, a cada trabajador, cuando comienza su carrera laboral, se le abre una “cuenta virtual” en la que se van acumulando las cotizaciones que realice. Cuando llegue el momento de la jubilación, la Seguridad Social le informará de cuánto ha logrado atesorar y esa cantidad se convertirá en un derecho que se irá devengando durante el resto de su vida.

* **Ejemplo:** un trabajador de 65 años tiene 300.000 euros en su cuenta virtual, que corresponden a la suma de las cotizaciones durante toda su vida laboral, ajustadas por un factor de revalorización. La Seguridad Social le informa de que tiene “derecho” a recibir ese dinero en prestaciones a lo largo de los años. Y la cantidad que cobrará mensualmente dependerá de la esperanza de vida que tenga por delante en el momento de la jubilación.

¿Cuáles son las ventajas de este sistema? Para José Manuel Eguiagaray, presidente del Grupo Consultivo de Unespa, la **clave está en que es “claro y diáfano”**. De esta manera, los trabajadores sabrán “cuánto han aportado y tomarán sus decisiones”, sobre su vida laboral y sobre cuándo jubilarse. Y todo esto redundará en que las pensiones saldrán del debate político, porque la prestación ya no dependerá de la decisión del Gobierno de turno, sino del ajuste de los parámetros del sistema. En estos momentos, la mayoría de los ciudadanos reconoce que [no sabe cuánto cobrará cuando se jubile](http://www.libremercado.com/2011-06-07/las-diez-claves-que-los-espanoles-desconocen-sobre-sus-pensiones-1276425801/). De hecho, en general, se tiende a sobreestimar la paga que se recibirá en ese momento.

En cuanto a su sostenibilidad, el informe admite que “el sistema de cuentas nocionales **no es exactamente sostenible per se**. También está sometido al peligro de encontrarse en un punto en el que hay más compromisos que dinero”. Sin embargo, la novedad radica en que “al ser muy transparente, los problemas de sostenibilidad pueden localizarse con inmediatez, y corregirse de forma menos traumática. Más aún, si está bien diseñado y las reglas de reequilibrio están decididas previamente, el sistema conoce siempre lo que debe hacer para garantizar su balance”.

Además, el modelo nocional tiene otra ventaja: **premia a aquellos que han contribuido por sus aportaciones** durante toda su vida activa. En este sentido, se asemeja al sistema de capitalización. Ya no habrá períodos de cálculo de las pensiones que beneficien a unos u otros. **Cada uno tendrá lo que ha puesto, lo que incentivará la “responsabilidad” de cada trabajador**. Hace unas semanas, alertábamos de [“la reforma oculta” de las pensiones](http://www.libremercado.com/2013-02-26/la-reforma-oculta-de-las-pensiones-penaliza-a-los-que-mas-cotizan-1276483301/), esa tendencia a estrechar la diferencia entre máximas y mínimas que se está produciendo desde hace años y que amenaza con dinamitar el carácter contributivo sobre el que se fundó el modelo.

## **Los problemas**

Como apuntamos, hay que tener muy en cuenta que la bolsa que cada trabajador acumularía es completamente virtual. Para pagarle la **pensión seguirá dependiendo de la cotización de otro**. Por lo tanto, los problemas demográficos que prevemos para el futuro también le afectan. Es decir, en el cálculo de la pensión también habrá que introducir la sostenibilidad de todo el sistema a medio plazo. Siguiendo con nuestro ejemplo, no es lo mismo que ese trabajador que ha acumulado 300.000 euros se jubile cuando hay 20 millones de cotizantes y una perspectiva demográfica positiva, con millones de jóvenes a punto de entrar en el mercado laboral; que le toque con 10 millones de trabajadores y sin relevo a la vista. En uno y otro caso, la prestación podría cambiar sensiblemente.

Eso sí, este ajuste será menor que el que nos esperaría sin cambios porque el modelo vigente es, directamente, insostenible a unas décadas vista. De hecho, Eguiagaray confía en que, “si crece la economía y la productividad”, los ajustes serán menores y, en cualquier caso, **serán “transparentes y previsibles”**.

El segundo problema del modelo nocional es más político y, quizás por eso, más complicado de solventar. En general, desde que se creó el sistema de la Seguridad Social se han otorgado “derechos” en forma de pensiones que son superiores a las cotizaciones realizadas a lo largo de la vida laboral.

Por lo tanto, si igualamos pagos e ingresos, lo que ocurrirá **en la práctica es que habrá un descenso en las pensiones medias**. Eguiagaray lo admite pero recuerda que “todas las reformas conducen a una rebaja de la pensión media, no hay que hacerse trampas al solitario. Todas tienden a reducir la tasa de sustitución, pero ahora no se hace de forma tan clara. De hecho, seguir con reformas como hasta ahora tiene sus límites. La variable más eficaz es retrasar la edad de jubilación pero, ¿hasta cuándo podemos alargarlo?”.

En este sentido, los autores del informe apuntan a que será **imprescindible un “período de transición”** que podría suponer “un esfuerzo de transferencia de recursos que equilibrasen en alguna medida esos problemas; recursos que sólo pueden proceder del caudal de ingresos impositivos. La transición puede tener un coste para las finanzas públicas o puede demandar la instrumentación de figuras tributarias específicas hoy no existentes”. En este sentido, surge la cuestión de dónde poner “la edad de corte para la reforma”, es decir, quién se mantendría en el sistema antiguo y quién en el nuevo.

Por último, está el tema**de las pensiones no contributivas**. Hasta ahora, buena parte de estas prestaciones se pagaban con cargo a la Seguridad Social. De hecho, el año pasado ya hubo que [sacar del sistema a algunos beneficiarios](http://www.libremercado.com/2013-02-06/la-seguridad-social-vive-su-fase-mas-critica-desde-los-anos-90-1276481386/), puesto que no había suficiente con el dinero de las contribuciones. Lo que ocurre es que entonces habrá que pagarlas con fondos provenientes de los impuestos.

## **El modelo sueco**

En cualquier caso, lo que parece evidente es que el sistema de financiación de las pensiones tal y como está planteado actualmente [no es sostenible](http://www.libertaddigital.com/economia/el-fondo-de-reserva-de-la-seguridad-social-puede-agotarse-en-2020-1276404949/) **a medio-largo plazo**. Los treintañeros que se incorporaron hace una década al mercado laboral saben que no cobrarán pensiones públicas como las que disfrutan sus padres. Pero España no es el primer país que se enfrenta a esta situación.

En Suecia, por ejemplo, en la década de los noventa, se vieron ante la misma problemática. En 1998, gracias al **acuerdo entre los grandes partidos suecos**, se aprobó un cambio de un sistema de reparto puro a uno mixto, en el que empresarios y trabajadores aportan un 19,5% del sueldo en forma de cotizaciones, de las que un 17% cubre un sistema nocional parecido al descrito en este artículo y un 2,5% se destina a un fondo de capitalización obligatorio y personal para cada trabajador (este último punto está fuera del análisis de Unespa). Por ahora, nada indica que algo así vaya a ser aprobado en nuestro país. Pero los expertos ya avisan de que algo habrá que hacer y no será suficiente con pequeños parches.

El futuro de las pensiones y el ahorro de cara al futuro (a verlas venir…)

- Una doble amenaza se cierne sobre los futuros pensionistas españoles (Libertad Digital - **2/5/13**)

(Por Domingo Soriano) Lectura recomendada

En lo que hace referencia a sus pensiones, probablemente los españoles estén bastante desconcertados. Por un lado, es raro el día en que no sale un responsable público a la palestra a asegurarles que no tienen nada que temer, que sus prestaciones de jubilación están completamente garantizadas. Por otro, son casi igual de habituales las noticias sobre cambios en el modelo. Y por último, también es muy común que esos mismos políticos que les dicen lo fantástica que es la Seguridad Social, **les recomienden hacerse un plan privado**. Así, parece lógico que muchos ciudadanos se pregunten: si el sistema público es tan seguro como afirman sus responsables, ¿por qué hay que estar constantemente reformándolo?

Lo cierto es que hay muchos [datos preocupantes](http://www.libremercado.com/2013-03-22/juan-ramon-rallo-pensiones-publicas-pobres-e-insostenibles-67764/) en lo que tiene que ver con la [capacidad de la Seguridad Social](http://www.libertaddigital.com/economia/mitos-y-realidades-del-sistema-espanol-de-pensiones-1276403826/) de hacer frente a sus obligaciones. En **Libre Mercado** le hemos dedicado [numerosos artículos](http://www.libertaddigital.com/economia/las-diez-grandes-mentiras-de-la-reforma-de-las-pensiones-1276409843/) a la cuestión. Sin embargo, hay otra cara del problema a la que normalmente no se presta tanta atención. Porque lo normal es que, puesto que existe una creencia (casi certeza) de que las pensiones del futuro serán más bajas que las actuales, España fuera también uno de los países en los que más peso tiene el ahorro individual para hacer frente a esta situación. Y no es así. **Ni por el lado público ni por el privado** hay una respuesta clara: los pensionistas españoles del futuro se enfrentan a una doble amenaza.

## **La tasa de sustitución**

En cuanto a las pensiones públicas, uno de los principales problemas de los españoles reside en su desconocimiento. Como explicamos hace unos meses, [no saben ni cuánto cobrarán](http://www.libremercado.com/2011-06-07/las-diez-claves-que-los-espanoles-desconocen-sobre-sus-pensiones-1276425801/), ni los cambios legales que ha habido en los últimos años ni las reformas ya anunciadas. Sí, es posible que escuchen a veces noticias sobre el problema que se ciernes sobre ellos, pero probablemente no son conscientes de su magnitud.

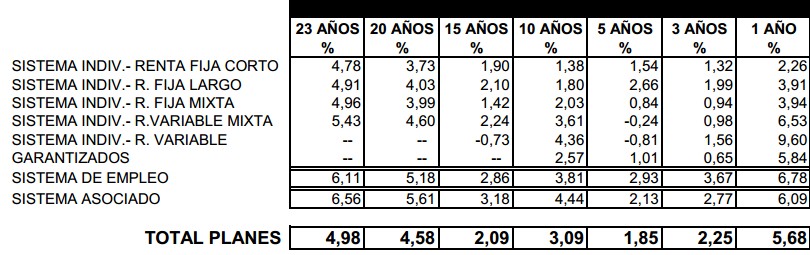
Por ejemplo, en comparación con los países de nuestro entorno, **España tenía en 2007 una tasa de sustitución del 81%**, frente al 34% de Japón o al 40% de Alemania. Tras la reforma, este dato habrá caído un poco pero, en cualquier caso, no será posible garantizar un nivel que implica que la diferencia entre pensión y último sueldo sea de apenas un 20%.

Aunque se hace mucho hincapié en los temas demográficos y en el envejecimiento previsto (y acelerado) de la población española en los próximos años, este dato es una buena piedra de toque de cómo el **sistema público está por encima de sus posibilidades**. Sólo con llevar esa tasa de sustitución a los niveles habituales en la OCDE, los futuros pensionistas hispanos ya pueden ir haciéndose una idea del camino que recorrerán sus pagas.

## **¿Ahorro?**

En este sentido, desde la perspectiva española, una de las primeras preguntas que surgen es cómo pueden vivir los jubilados franceses o alemanes con prestaciones que apenas llegan a la mitad de su último sueldo. Y aquí aparece la segunda amenaza que se cierne sobre los pensionistas patrios: **su tasa de ahorro es mucho menor que la de sus vecinos**. Es decir, que cuando desaparezca parte de la paga pública a la que creían que tenían derecho, se podrían encontrar sin el colchón del ahorro privado.

Por ejemplo, si tomamos como referencia los planes de pensiones, en Holanda los fondos acumulados por sus ciudadanos **llegan al 138% del PIB**, en Reino Unido al 88% y en Dinamarca al 49,7%. Mientras, en España apenas alcanzan el 7,8%. Y como apuntaba el informe del BCE conocido hace unas semanas sobre el patrimonio de los europeos, "sólo el 5,6% de los españoles tiene fondos de inversión, frente a un 17% de los alemanes u holandeses". De acuerdo a un estudio de la CNMV, sólo el 27% de los españoles tiene [plan de pensiones](http://www.libremercado.com/2011-12-16/como-saber-si-un-plan-de-pensiones-nos-conviene-1276444449/), frente a un 49% de los americanos y lo mismo puede decirse para fondos de inversión o acciones.

[](http://s.libertaddigital.com/fotos/noticias/planes_pensiones_rentabilidades.jpg)

¿Y por qué se da esta situación? Puede haber **muchas explicaciones, desde sociológicas a legales**, pasando por las pocas ventajas fiscales que puede tener el ahorro en España respecto a otros países. Pero no hay duda de que los fondos españoles tienen también [un problema de rentabilidad](http://www.libertaddigital.com/economia/compensa-contratar-un-plan-de-pensiones-en-espana-1276414139/). Por alguna razón, los beneficios de estos productos han estado, en general, [por debajo de lo habitual](http://www.libremercado.com/2012-11-27/los-planes-de-pensiones-siguen-siendo-una-buena-alternativa-de-ahorro-a-largo-plazo-1276475253/) en la UE. Así, según los datos del [último informe de Inverco](http://www.inverco.es/novedadesEstFPensT.do?id=1303_Marzo%202013) (la patronal del sector) la rentabilidad media de los planes de pensiones españoles a cinco años apenas llega al 1,85%; a diez años sube hasta el 3,09% (ver rentabilidad en el gráfico superior).

Evidentemente, estos datos son una media. Hay [gestores que han conseguido importantes rendimientos](http://www.libremercado.com/2013-01-30/no-todos-los-planes-de-pensiones-son-iguales-1276480387/), pero no han sido la norma. Por un lado, hay que apuntar que muchas entidades financieras **ofrecen estos productos como forma de fidelización**, con regalos y otros ganchos similares, más que como una forma de inversión en sí misma. Muchos contribuyentes, además, utilizan estos planes como forma de optimización fiscal.

## **La opinión de los expertos**

Isca Noguera, responsable del Departamento de Auditoría Financiera y Maite Lázaro, consultora de Ahorro-Previsión de [Optima Financial Planners](http://www.optimafp.es/financial-planner), apuntan algunas ideas interesantes para aquellos que estén pensando en ahorrar de cara a su jubilación:

* **¿Qué contratar?:** “Los planes de perfil más arriesgado sí que dan rentabilidades más elevadas, sobre todo a medio plazo. Cuando una persona se acerca a la edad de jubilación, se le aconseja pasar uno con capital asegurado. A los jóvenes, se les aconseja planes de perfil de más riesgo”.
* **¿Rentabilidad o “ganchos”?:** “Está claro que los regalos son muy bonitos, pero normalmente se dan a cambio de una penalización por retirar el plan en un tiempo determinado, para tener atado a los clientes. La gente debería tener en cuenta esto, lo importante no es lo que te pueden regalar, sino la rentabilidad del plan”.
* **¿Nos fijamos demasiado en la fiscalidad?**: “En la medida en que la fiscalidad es ventajosa, mucha gente contrata sólo para ahorrarse el IRPF. La rentabilidad no se tiene tan en cuenta. La gente no lo contempla como un producto de rentabilidad”.
* **¿Qué pasa cuando me llega el momento de cobrarlo?**: “Es lo más importante. Lo primero que hay que ver es si las aportaciones son hasta 31 de diciembre de 2007; en ese caso normalmente interesa bastante cobrar en forma de capital, porque tiene una deducción del 40%, como una renta irregular. Las aportaciones posteriores, en general, interesa más cobrarlas en forma de renta”.
* **¿Cómo podría ayudar el Gobierno a relanzar estos productos?**: “Pues podría volver a aprobar esa reducción, para que te beneficies no sólo cuando aportas sino también cuando rescatas”.
* **¿Se puede rescatar el plan mientras estás trabajando si tienes más de 65 años?**: “Entiendo que no. Si sigues generando rentas no puedes cobrarlo. Tienes que tener certificado legal de que eres jubilado (total o parcial). El rescate sólo se permite por jubilación, invalidez, desempleo o enfermedad grave”.

**Con tanto ‘meneo’ en Europa, es importante ver cómo funciona (¡o no!) el sistema USA**

- El futuro del sistema previsional estadounidense (Project Syndicate - **28/5/13**)

(Por Laura Tyson) Lectura recomendada

Berkeley.- La primera ola de baby boomers estadounidenses está llegando a la edad de jubilarse, y el sistema de pensiones del país comienza a revelar sus fallas. Más de la mitad del total de los trabajadores (y más del 60% de los trabajadores de bajos ingresos) están en riesgo de carecer de ahorros suficientes para mantener su nivel de vida cuando dejen de trabajar. En un reciente estudio comparativo internacional, el sistema de pensiones estadounidense obtuvo la calificación “C” (aprobado), pero para un número importante y cada vez mayor de estadounidenses, no está funcionando bien.

La lentitud de la recuperación de la economía después de la Gran Recesión ha agravado este problema. Llegado el momento de jubilarse, las viviendas son el activo más importante para la mayoría de los estadounidenses; pero a pesar de una subida reciente, los precios de las propiedades siguen un 28% por debajo del pico alcanzado en 2006, mientras que el 28% del total de los propietarios deben más por sus hipotecas que lo que valen sus propiedades.

Uno de los pilares fundamentales sobre los que se apoya el modelo previsional estadounidense es el sistema de planes de retiro empresariales con participación voluntaria. Pero cerca de 16 millones de estadounidenses están desempleados o ya no forman parte de la fuerza laboral; al mismo tiempo, más de la mitad de los empleos creados durante la recuperación son puestos de bajos salarios, que por lo general no cuentan con planes de retiro. En cambio, la mayoría de los 625.000 empleos del sector público que se perdieron durante la recuperación ofrecían generosas pensiones.

Casi el 60% de los trabajadores con empleo en el sector privado y edades comprendidas entre los 25 y los 64 años no están cubiertos por planes de retiro empresariales; además, las tasas de cobertura varían según los ingresos: en el cuartil superior de ingresos la cobertura alcanza al 73% de los trabajadores, mientras que en el cuartil inferior esa cifra se reduce al 38%. También la participación en los planes varía según los ingresos: la participación de trabajadores de bajos ingresos es mucho menor que la de trabajadores de altos ingresos. La falta de cobertura universal implica además que los trabajadores entran y salen de los planes según cambian de empleo; el resultado es que más de un tercio de todas las familias termina sin ninguna cobertura de pensión empresarial. En cambio, en otros países donde los empleadores y los empleados están obligados a participar en planes de retiro empresariales de nivel nacional, la cobertura es casi universal.

El ahorro personal es otro pilar del sistema previsional estadounidense, pero para la mayoría de las familias resulta muy insuficiente, debido en parte a las dificultades para ahorrar provocadas por décadas de estancamiento de la franja media de salarios. Según un estudio reciente, la tercera parte de los estadounidenses de entre 45 y 54 años de edad no tienen ahorros específicamente destinados a la jubilación. En tanto, tres cuartos de las personas próximas a retirarse (aquellas con edades entre los 50 y los 64 años) cuentan con ingresos anuales inferiores a 52.201 dólares y, en promedio, tienen menos de 27.000 dólares ahorrados para el retiro.

En Estados Unidos, los ahorros jubilatorios gozan de generosas exenciones impositivas, pero estas benefician a los destinatarios equivocados y sus resultados son limitados. Más del 80% del valor de las exenciones va a parar al 20% superior de los contribuyentes que ganan más de 100.000 dólares por año. Además, el sistema le cuesta al fisco estadounidense casi cien mil millones de dólares al año, pero tiene poco efecto sobre el nivel de ahorro; en cambio, induce a los contribuyentes de altos ingresos a pasar sus ahorros a activos exentos de impuestos. Esta es una de las razones principales por las que el presidente Barack Obama propone limitar las exenciones.

Hay una propuesta más radical según la cual se eliminaría las exenciones impositivas para reemplazarlas con un crédito fiscal reembolsable, condicionado a los medios del contribuyente, que se depositaría directamente en su cuenta individual de retiro (cuenta “IRA”, por sus siglas en inglés) a modo de aporte complementario del Estado. Está visto que los contribuyentes responden mejor a incentivos basados en aportes complementarios que a exenciones impositivas, porque los primeros son más fáciles de comprender y más transparentes.

La falta de inclusión en planes empresariales y la insuficiencia de los ahorros personales provocan que más de la tercera parte de las familias estadounidenses (y más del 75% de las familias de bajos ingresos) dependan totalmente de la Seguridad Social como fuente de ingresos después del retiro. Y como esto compensa solamente alrededor del 40% de los ingresos previos al retiro en el caso de los trabajadores de bajos ingresos y menos de la tercera parte en el caso de los trabajadores de ingresos medios, la dependencia exclusiva de la Seguridad Social equivale a vivir en la línea de pobreza o por debajo de ella. (En otros países desarrollados, el porcentaje de sustitución de ingresos se sitúa en torno del 70%, mientras que el valor de referencia que recomiendan los expertos en asuntos previsionales es 80%.)

Para hacer frente a la crisis jubilatoria que se cierne sobre Estados Unidos, es necesario aumentar la inclusión de los trabajadores en los planes de retiro empresariales. Una medida eficaz sería inscribir automáticamente a quienes no manifiesten explícitamente su decisión en contrario; cuando se aplica este sistema, la participación de los empleados salta por encima del 90%. De hecho, en una investigación reciente se descubrió que la inscripción automática es mucho más eficaz que las exenciones impositivas como modo de incentivar el ahorro para la jubilación.

Sin embargo, aunque casi todos los trabajadores estadounidenses pueden tener cuentas IRA con beneficios impositivos, muchos empleadores no ofrecen los correspondientes planes de retiro. Según la propuesta de Obama, estos empleadores estarían obligados a ofrecer a sus trabajadores la realización automática de aportes a sus cuentas IRA por medio de una retención periódica del sueldo. Para alentar la participación de los trabajadores de bajos ingresos, se deberían ofrecer aportes complementarios del Estado en la forma de créditos fiscales, como sustituto o como añadido al sistema de exenciones impositivas.

En California y algunos otros estados también se está evaluando la creación de nuevos planes de ahorro, administrados por los estados, que beneficiarían a los trabajadores del sector privado que no tengan acceso a planes de retiro empresariales. El plan de California (que se basa en una propuesta de Teresa Ghilarducci y sus colegas) supone la inscripción automática de aquellos trabajadores del sector privado que trabajen en empresas con cinco o más empleados en las que no se ofrezcan planes de retiro. Para los aportes, los empleadores retendrían automáticamente el 3% del salario bruto, que sería el porcentaje estándar; los empleados podrían ajustar esa cifra o pedir que se los excluya del sistema.

Según este esquema, cada trabajador tendría una cuenta individual (que a los efectos impositivos se consideraría equivalente a una cuenta IRA), pero los activos de los que dependerían las prestaciones del plan se colocarían en un fondo fiduciario común, con rentabilidad real garantizada por un seguro privado y que se distribuiría en forma de anualidad tras la jubilación. Cada cuenta estaría vinculada con el trabajador, no con los empleadores, lo que garantizaría la portabilidad entre empleos. (La falta de portabilidad y de anualidades es un importante defecto de la mayoría de los planes de retiro empresariales.) Una junta independiente se encargaría de supervisar la administración del plan del estado, y los administradores de los fondos de inversión se elegirían mediante llamado a licitación.

Hace poco, el senador Tom Harkin propuso un plan nacional con características similares para todos los trabajadores cuyos planes de retiro empresariales no cumplan ciertos requisitos mínimos. En los estudios comparativos internacionales, los países cuyos planes de retiro aventajan a los de Estados Unidos en cuanto a cobertura, nivel de prestaciones y sostenibilidad a largo plazo son los que, además de sus programas básicos de seguridad social, tienen planes nacionales de pensiones. En algunos casos la participación es obligatoria, en otros hay inscripción automática y en otros la participación se incentiva mediante aportes complementarios del Estado.

Si Estados Unidos facilitara el ahorro y lo hiciera financieramente más atractivo, mediante un mejor diseño de las exenciones impositivas, aportes complementarios del Estado, cuentas IRA de inscripción automática y planes de retiro administrados por los estados, lograría un importante incremento del ahorro previsional, especialmente en familias de ingresos bajos y medios. También sería útil mejorar el nivel de conocimientos financieros de la población. La presente obsesión por el déficit fiscal y las restricciones presupuestarias no debe hacernos olvidar la necesidad de implementar reformas para hacer frente a la crisis jubilatoria que se cierne sobre muchos estadounidenses.

(Laura Tyson, a former chair of the US President's Council of Economic Advisers, is a professor at the Haas School of Business at the University of California, Berkeley)

El “factor de sostenibilidad” en Europa

*“En Europa ya hay siete países que han introducido esta variable en su sistema y que pueden servir de inspiración para el caso español. El factor de sostenibilidad es un mecanismo de ajuste automático de ciertos parámetros de las pensiones -edad de jubilación, años de cotización necesaria, o importe inicial de la pensión- vinculado a la esperanza de vida de la población y que ya está implantado en varios países europeos. De esta forma, si la esperanza de vida aumenta (o disminuye) en una población, esos parámetros se recalculan de acuerdo con una fórmula proporcional”...* Así se garantiza en el resto Europa la sostenibilidad de las pensiones (Expansión - **7/6/13**)

El Ejecutivo español quiere que la reforma de las pensiones, se fundamente en esta variable (hay que recordar que en la ley de 2011 ya se introducía este factor, aunque no se detalla su aplicación). Las experiencias de los países de nuestro entorno suponen un buen ejemplo para ver cómo se puede desarrollar este factor de sostenibilidad. Los países que ya han puesto en práctica este sistema son Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos y Portugal. Todos utilizan para su cálculo proyecciones demográficas de los institutos estadísticos oficiales. En el caso de España, sería el Instituto Nacional de Estadística. Además, en estos casos la revisión de los parámetros de la pensión se hace de forma periódica (la ley española de 2011 establecía que fuera cada cinco años).

A continuación, se analiza cómo lo han hecho algunos países europeos:

Italia.- Edad de jubilación En Italia, los ajustes de la edad de jubilación se van a realizar cada tres años a partir de 2013, y se basarán en datos medios del último trienio respecto a los del trienio anterior, y a partir de la edad de jubilación actual de 65 años. Años de cotización Italia ha incorporado esta vinculación para el caso de años cotizados mínimos para acceder a la jubilación anticipada a partir de 2013. Y se va a utilizar el mismo mecanismo que el mencionado para la edad de jubilación: cada tres años y basados en datos medios del último trienio respecto a los del trienio anterior.

Francia.- Años de cotización Francia, desde 2009, incluye un mecanismo de ajuste de los años cotizados al ritmo del aumento de la esperanza de vida a los 61 años, con el objetivo de mantener constante el ratio entre años cotizados y años de cobro de pensión.

Portugal.- Importe de la pensión En Portugal ajustan directamente el importe de la pensión inicial multiplicándola por un factor de sostenibilidad. La fórmula es el cociente de las esperanzas de vida, la actual y la futura (si la futura es mayor el cociente dará un valor inferior a 1, por el que habrá que multiplicar el importe inicial de la pensión).

Finlandia.- Importe de la pensión En Finlandia también ajustan directamente el importe de la pensión inicial multiplicándola por un factor de sostenibilidad, aunque con una fórmula diferente a la portuguesa. En Finlandia es un cociente algo más complejo que incorpora valores de renta.

Grecia.- Edad de jubilación En Grecia, las edades mínima y ordinaria de jubilación (65 años) se ajustarán de forma automática según los cambios en la esperanza de vida a partir de 2021. Pero la forma en cómo se pondrá en práctica está todavía por regular.

Dinamarca.- Edad de jubilación En Dinamarca la edad de jubilación quedará fijada en los 67 años en 2022. A partir de entonces la edad de jubilación se vinculará a la evolución de la esperanza de vida a los 60 años tomando como base la del año 2020 y con un desfase de 5 años.

Países Bajos.- Edad de jubilación En Países Bajos está previsto aumentar la edad de jubilación hasta 67 años en 2025 y luego vincularla a la esperanza de vida aunque la propuesta concreta está pendiente.

Como “hacerse el sueco” (de verdad): capitalización y un modelo sostenible

*“Aunque viendo su actual prosperidad pueda parecer sorprendente, hace dos décadas la situación económica de Suecia no era demasiado envidiable. Las* ***finanzas públicas estaban al límite*** *y aparecía en el horizonte una importante* amenaza *demográfica, con la generación del* baby-boom*, que veía cómo se acercaba su retiro (en 15-20 años) sin un reemplazo laboral claro”...* Pensiones en Suecia: la reforma que el PP no se atreve a hacer (Libertad Digital - **7/9/13**)

Ante esta perspectiva, los grandes partidos iniciaron crearon una comisión, formada por técnicos más o menos alejados de la política, que hiciese una propuesta de reforma del [sistema nacional de pensiones](http://www.pensionsmyndigheten.se/ValkommenTillPensionsmyndigheten_es.html). No fue sencillo llegar a un acuerdo. De hecho, los primeros pasos en esta dirección se dieron en 1984 y la reforma se aprobó en el Parlamento en 1994, con los votos a favor de cinco de los siete partidos presentes y una abrumadora mayoría (para más información, Johannes Hagen, de la [Universidad de Uppsala](http://www.uu.se/en/), ha publicado este mismo año un [completísimo relato](http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:621560/FULLTEXT01.pdf) de todo el proceso).

Finalmente, Suecia se convirtió en el primer país europeo que acometía un cambio radical de su sistema de prestaciones de jubilación. ¿Las claves?: **igualar contribuciones y prestaciones**, asegurar en lo posible el equilibrio financiero del modelo de reparto y, sobre todo, abrir la puerta a un sistema de capitalización individual dentro del sistema público.

Mientras, en España, en los últimos años, se han sucedido las reformas. PP y PSOE se refugian en el Pacto de Toledo para aprobar cambios que reducirán la prestación de las futuras pensiones: [endurecimiento de las condiciones de acceso](http://www.libertaddigital.com/economia/como-se-reducira-su-pension-tras-esta-reforma-1276413107/), [nuevos índices para la revalorización](http://www.libremercado.com/2013-09-02/las-pensiones-no-estaran-ligadas-al-ipc-a-partir-de-2019-1276498460/),... Todo se hace en nombre de la sostenibilidad de un sistema tan “sostenible” que hay que ajustar cada poco tiempo para que no quiebre.

### **Las claves del modelo**

Lo primero que hay que decir es que el modelo sueco no es de capitalización como el chileno. En el país escandinavo, sólo un pequeño porcentaje de cada pensión se gestiona de forma similar a como se hace en este tipo de sistemas. Y ni siquiera para esta parte se cumple con todos los requisitos normalmente asociados a la capitalización.

**- Mínimo garantizado:** corresponde a lo que en España son las pensiones no contributivas. El Estado sueco reconoce a todos aquellos que lleguen a la edad de jubilación (y hayan vivido en su territorio durante al menos cuarenta años) unos ingresos mínimos. En 2012, para un soltero o viudo, La prestación mensual [sería de unos 870 euros](http://www.socialprotection.eu/files_db/1289/asisp_ANR12_SWEDEN.pdf).

Esta cantidad sólo se recibe si no hay otras fuentes de ingresos, pero también hay complementos para aquellos con pensiones muy bajas. Es decir, alguien que tenga derecho a una pensión contributiva de (por ejemplo) 700 euros, tendrá derecho también a un sueldo suplementario, para que al menos llegue a esos 870 euros, aunque normalmente superará ligeramente esa cantidad, con el objetivo de que el que ha sido cotizante tenga algún tipo de beneficio.

El límite para tener derecho a alguna paga de este mínimo garantizado era en el último ejercicio de unos 1.250 euros mensuales. Alguien que gane menos con su pensión normal, tendrá un complemento no contributivo. Un aspecto muy importante de esta herramienta es que se financia año a año vía impuestos, lo que quiere decir que está al margen del resto del sistema.

**- Cuentas nocionales:** éste es el corazón del sistema sueco. Las cotizaciones sociales en el país escandinavo se dividen en dos partes: un 16% va al “inkomstpension” (cuentas nocionales) y un 2,5% al Premium Pension Scheme (el modelo de capitalización que explicamos en el siguiente epígrafe).

En España, un grupo de expertos convocados por Unespa (la patronal de los seguros) y presidido por el exministro socialista José Manuel Eguiagaray abogó por un cambio [en la dirección de las cuentas nocionales](http://www.libremercado.com/2013-04-25/la-reforma-de-las-pensiones-de-la-que-no-se-habla-1276488406/). La clave reside en que el trabajador tiene derecho a recibir durante su jubilación el equivalente (más o menos) a lo que ha cotizado. Es decir, se acaba el período de cálculo, los años de cotización para cobrar el máximo y los demás indicadores.

Así, cuando un trabajador alcanza los 65 años y decide retirarse, se calcula cuántos años le quedan de vida. Se suma cuánto ha contribuido al sistema. Y se le calcula su paga en función de ambas variables. Es un modelo totalmente de reparto, pero con dos importantes matices respecto a lo vigente en España. Por un lado, existe una cierta justicia en que todo lo cotizado cuente. No hay efectos frontera por haber trabajado un mes más o menos; ni la mala suerte de quedar en paro en los últimos años de la vida activa acaba con las expectativas del jubilado.

Pero además, el modelo sueco incluye un sistema de revalorización constante. El incremento anual en las pensiones se establece en relación con la subida de los salarios, en una especie de equilibrio intergeneracional: si suben los ingresos de los cotizantes, también lo harán los de aquellos que viven de sus cotizaciones (y a la inversa).

Por último, existe un mecanismo de ajuste automático. Se calcula cuánto debe el sistema (valor actualizado de las pensiones) y se compara con sus “activos”(cotizaciones más los fondos de salvaguarda que ha acumulado el Estado sueco). En el caso de que la relación sea negativa, se ajustan las pensiones inmediatamente a esta circunstancia, con recortes en las prestaciones. Desde 2001, esta circunstancia sólo se ha producido en dos ocasiones, 2010 y 2011, y en ambos casos el Gobierno aprobó mecanismos extraordinarios de compensación.

**- Cuentas individuales:** es la tercera pata del modelo y posiblemente la más novedosa. El 2,5% del salario de los trabajadores suecos va destinado a estas cuentas. Con esa cantidad, pueden invertir en los centenares de fondos (hasta 800) que existen en el país. O, si lo prefieren, en un fondo público, gestionado por el Gobierno y que invierte con criterios más conservadores.

Las posibilidades son infinitas. Cada persona puede distribuir su dinero entre varios fondos y cambiar a lo largo del año. Las compañías tienen la obligación de informar a sus clientes de sus tarifas y comisiones, así como de su filosofía de inversión. Y los fondos están divididos en categorías, en función del riesgo de sus inversiones.

A partir de los 61 años, los suecos pueden empezar a cobrar el dinero acumulado. Y se permite asociar los beneficios a una tercera persona (cónyuge o hijos) o unirlos a los de la pareja para que, en caso de fallecimiento, el otro siga cobrando del dinero ahorrado. En esencia es un modelo capitalización, con algunas restricciones en cuanto a retirada de fondos o beneficiarios.

**- El “sobre naranja”:** es la cuarta “pata” del sistema. No implica otro fondo ni nada parecido. El sobre naranja que todos los suecos reciben al comienzo de cada año les informa de cómo van sus fondos. De esta manera, indica por una parte cuánto hay en su cuenta nocional ficticia(puesto que hay que recordar que este dinero lo pagan los actuales cotizantes, con los riesgos que eso implica). Y también les dice cómo va su fondo de ahorro individual.

Con esta información, el trabajador sabe con bastante precisión qué pensión le quedaría, en función también de a qué edad elige retirarse. Porque ésta es otra característica del modelo: al tener información detallada, es el trabajador el que decide, dentro de unos parámetros muy amplios, si prefiere jubilarse antes con una pensión más reducida o ahorrar algo más y retrasar el fin de su vida activa.

### **Los matices**

Evidentemente, un cambio de esta magnitud es complicado de hacer. Para empezar, un modelo de **cuentas nocionales implicaría un recorte en las prestaciones** prometidas con los actuales requisitos de acceso al sistema (tras la última reforma, 37 años de cotización requeridos para cobrar el 100% y 25 años período de cálculo).

Por lo tanto, sería imprescindible un período de transición para que aquellos que están cercanos a la edad de jubilación, y no tienen margen de maniobra, no se vean perjudicados.

Además, hay que tener en cuenta que la situación del mercado laboral en España dista mucho de la sueca. Con un 27% de paro, el número de trabajadores que sustenta con su cotización a los pensionistas es muy reducido. Eso sí, al menos hay mucho margen de mejora, para sostener el sistema durante el período de transición. Y está la famosa “hucha” de las pensiones, que se podría utilizar como colchón de seguridad. El “baby-boom” en España fue algo más tardío que en otros países, al igual que la incorporación de la mujer al mercado laboral, por lo que hay cierto margen hasta 2025-2030 para ir preparando el sistema (hasta ese momento seguirá creciendo, en teoría, la fuerza laboral).

En cualquier caso, no parece que éste vaya a ser el camino seguido por los políticos españoles. En 1996, durante la primera legislatura de Aznar, se habló mucho de que el Gobierno tenía un informe sobre la mesa **para pasar al modelo chileno de pensiones**. Ahora, 17 años después, durante los que se podía haber avanzado mucho, eso se da políticamente por imposible (aunque son muchos los expertos que creen que sería una solución factible). El ejemplo de Suecia es un paso intermedio, con un modelo de reparto más sostenible y algo de capitalización. Además, en el país escandinavo, las pensiones de la gran mayoría de los trabajadores se complementan con planes empleado-empresa, un camino que en España está por recorrer.

Nada de esto parece que vaya a impulsarse en nuestro país. El Gobierno ya ha dicho que su reforma de pensiones es la que está sobre la mesa. Y los fundamentos no cambian, por falta de ambición o de convicción. El factor de sostenibilidad introduce un cierto componente de equilibrio financiero, pero le faltan algunos elementos clave del sistema de cuentas nocionales. Los jubilados españoles, presentes y futuros, ya saben a qué atenerse.

El Gobierno polaco se “argentiniza” (el último tango en Varsovia o un ensayo europeo)

*“El Gobierno polaco ha anunciado esta semana que transferirá más de la mitad de los activos de los fondos de pensiones privados al estado. Hoy un miembro del banco central polaco ha defendido esta decisión”…* El Gobierno polaco confisca los fondos de pensiones privados (Expansión - **7/9/13**)

Polonia anunció el 4 de septiembre (2013) que transferirá al estado muchos de los activos de los fondos de pensiones privados para recortar la deuda pública del país. Los analistas consideran que estaría poniendo en peligro el futuro de miles de millones en inversiones nacionales y extranjeras.

Aunque se esperaba una reforma de calado, el anuncio del Gobierno fue más lejos de lo que esperaban los mercados y está sacrificando su tradicional defensa del libre comercio para calmar a una población golpeada por la crisis económica. La organización de fondos de pensiones de Polonia ha señalado que esta decisión podría ser inconstitucional. Al fin y al cabo, señalan, se estarían confiscando activos privados sin ofrecer una compensación.

El primer ministro polaco se apresuró a aclarar que aunque los fondos privados que se encuentren dentro del marco de aquellos que garantiza el estado se transferirían a un vehículo financiero público, se conservarían las posiciones de los inversores. Anna Zielinska-Glebocka aseguró que Polonia no alcanzará un crecimiento potencial del 3 al 4 por ciento (un 0,8% más que ahora) sin un estímulo de las inversiones que sirva para reforzar la demanda doméstica y para reducir el peso de las exportaciones de las que el país depende en estos momentos. Zielinska-Glebocka señaló que “los cambios en el sistema de pensiones son positivos” para impulsar “las inversiones” y que el impacto de las nuevas medidas se sentirá más en 2015 que en 2014.

La solución para el “crecimiento” europeo está en la “exportación”… ¿de abuelas?

*“Hacerse mayor en Alemania está empezando a ser prohibitivo. Tanto para las familias de los ancianos como para los propios jubilados se hace cada vez más difícil asumir el coste de una residencia o de un cuidador a domicilio. ¿La solución? Salir de Alemania. La “exportación de abuelas”, como han acuñado el fenómeno en los medios germanos, está la orden del día”...* La “exportación de abuelas”: un fenómeno creciente entre los jubilados de Alemania (El Economista - **16/9/13**)

Con un precio medio de 3.250 euros al mes, la tarifa de las residencias de ancianos en Alemania se presenta difícil de cubrir incluso para aquellos abuelos que cuentan con ahorros además de con una pensión estatal. Según una encuesta elaborada el pasado mes de marzo por TNS Emni, uno de cada cinco germanos están ahora dispuestos a considerar la opción de salir del país para su retiro.

Y el destino predilecto es, por el momento, la vecina Polonia. De acuerdo con los datos recopilados por “Bloomberg”, allí hay residencias cuyo precio medio ronda los 1.200 euros mensuales.

Pero los ciudadanos alemanes no solo evalúan el precio. Los servicios y cuidados ofrecidos por los establecimientos polacos son en muchos casos mejores de los que proporcionan sus homólogos alemanes.

“Por casi un tercio de lo que pagaba en Alemania, Sonja vive en una centenaria villa de lujo restaurada donde disfruta de buenas comidas, atención las 24 horas del día y terapia física intensiva”, cuenta la agencia de noticias financieras. Se trata del caso de Sonja Miskulin, una alemana de 94 años afectada de demencia senil a quien su hija ha decidido trasladar a una residencia de Polonia recientemente.

Las ayudas que concede el Gobierno alemán descienden cuando el cuidado del anciano se realiza fuera del país a unos 700 euros, menos de la mitad del máximo que se puede percibir dentro de Alemania, pero una cantidad más que suficiente para para cubrir los gastos de la residencia polaca junto con la pensión y los posibles ahorros.

“He trabajado muy duro para tener lo que tengo”, explica Ingrid Fetz, una jubilada de 74 años dispuesta a marcharse después de hacer cuentas. “Me rompería el corazón tener que entregar mi casa a una residencia, así que pensé, ¿por qué tengo que quedarme en Alemania?”, añade.

“Solo puedo decir, hijos, cuando vuestros padres se hagan mayores, llevadlos a Polonia”, declara la hija de Sonja Miskulin, que atendió a su madre en casa hasta que su enfermedad lo hizo imposible y que ahora debe conducir nueve horas para verla.

Este convencimiento, expresado a través de estos casos concretos, es creciente. El número de familias que afirma que el traslado es la única opción para dar un retiro barato y de calidad a sus parientes está empezando a ser tan generalizado que los medios germanos ya se hacen eco de la tendencia, a la que han denominado la “exportación de abuelas”.  A la vez, el principal diario de Múnich habla de “colonialismo gerontológico”.

Mientras, en Polonia acogen de buen grado a los nuevos inquilinos. Residencias como la que acoge a la señora Miskulin aseguran que pronto la mitad de sus clientes serán de Alemania y crece el número de establecimientos donde se habla alemán e incluso se ofrecen en el menú comidas típicas alemanas.

UE: una veintena de países ha cambiado su sistema desde 2008, la mayoría sin acuerdo

*“El Gobierno no tiene fácil lograr un pacto para reformar las pensiones. Lo pudo comprobar la semana pasada, cuando el Consejo Económico y Social rechazó su propuesta y le pidió que empezara de cero. Y lo ha certificado esta semana, cuando se dio de frente con todos los grupos de la oposición. Pero si no tiene éxito, desde luego, no será una excepción en Europa. Desde 2008 hasta ahora 22 países han reformado sus sistemas de pensiones, y en la mayor parte de ocasiones, el pacto entre Gobierno y agentes sociales ha sido imposible”...* A Europa se le atragantan los pactos para las reformas de pensiones (El País - **6/10/13**)

“La fuerte presión para hacer reformas, debido a la crisis económica y la necesidad de reducir el gasto público, ha limitado la posibilidad de que los sindicatos lleguen a influir y, en muchos países, ha acabado con el fracaso de las negociaciones y la ruptura del diálogo social”, analiza un informe de Eurofound, una fundación de la Unión Europea integrada por sindicatos, empresarios y la propia UE, que está en consonancia con imágenes como la de hace un par de semanas en Polonia, donde el Gobierno de Donald Tusk se encontró manifestaciones multitudinarias encabezadas por Solidaridad por su plan de reforma. Y el rechazo no solo se da en los representantes de los trabajadores, antes de la CEOE, ya en 2009 los empresarios suecos se disgustaron por varios ajustes que hizo el Gobierno del país escandinavo.

“Es la orientación general”, explica José María Zufiaur, del Consejo Económico y Social europeo (CES), “los Gobiernos siguen las orientaciones de Bruselas en temas que no son de su competencia. Da lugar a reformas impuestas sin consenso social”. Los mayores desencuentros se han dado en países rescatados, excepto en Portugal, donde la reforma hecha cuatro años antes del rescate evitó que la troika -el FMI, el BCE y la UE- impusiera una nueva, aunque eso no le evitó una congelación de pensiones de 2011 a 2013. Entonces se retrasó la edad de jubilación hasta los 65 años y se creó un factor de sostenibilidad ligado a la esperanza de vida.

Portugal se adelantó en cinco años al Libro Blanco de la Comisión Europea. En este informe, como en el Ageing Report 2012 también de la Comisión, se apunta el problema demográfico al que Europa enfrentará en las próximas décadas por su envejecimiento que puede elevar el gasto medio en pensiones en la UE para 2060 hasta el 12,5% del PIB (Italia se sitúa ya en torno al 15%). Para contener ese gasto, el Libro Blanco aconseja reformas que “vinculen la edad de jubilación a los aumentos de la esperanza de vida”, “restrinjan el acceso a la jubilación anticipada”, “iguale la edad de jubilación de hombres y mujeres” o se “fomente la constitución de planes de ahorro privado”. La crítica que hace Zufiaur, del CES europeo, a este planteamiento es que “se está aprovechando la crisis” para hacer reformas que él considera “ideológicas”.

Esos consejos se siguieron en Grecia, donde hasta el rescate existía uno de los sistemas más generosos del continente. A pesar del rechazo social, entre 2010 y 2012, los diferentes Gobiernos helenos han ido implementando las condiciones de la troika que suponen elevar de 60 a 65 años o aumentar las carreras de cotización para cobrar el 100% de la pensión hasta los 40 años.

Tampoco fue posible el pacto en Irlanda, donde el año que viene la edad de jubilación se elevará a 66 años, en 2021 subirá hasta los 67 y en 2028 se llegará a los 68 años. “En Irlanda, la consulta tripartita ha sido un instrumento fuerte en el pasado, pero la crisis económica ha traído la ruptura del vínculo de acuerdos de nivel nacional en políticas clave”, expone Eurofound.

Pero el choque entre Gobiernos y agentes sociales por las reformas de pensiones no se han quedado solo en los países rescatados. También en los grandes países de la Unión con reformas recientes -algunas de ellas abortadas en parte, como la de 2010 en Francia- ha sido posible llegar a una entente. En Italia, como en Suecia o Bélgica, lo que hizo imposible el acuerdo social fueron las prisas. “La adopción de medidas ha tenido un ritmo muy rápido y los agentes sociales no han tenido suficiente tiempo para expresar su opinión”, lamenta Eurofound.

Una de las reformas de mayor calado del Gobierno de Mario Monti fue la de pensiones, en línea con muchas de las peticiones de su patronal, Confindustria, pero lejos de los sindicatos. Italia es uno de los países en los que la edad de jubilación de hombre y mujer es distinta ahora y donde se prevé igualarla, concretamente en 2018, donde ambos sexos se retirarán los 66 años. Además, siguiendo el modelo sueco, se cambió sustancialmente la naturaleza del sistema al adoptar las cuentas nocionales: un modelo en el que el trabajador tiene una cuenta personal en la que se anotan sus aportaciones al sistema, a través de las cotizaciones, y se le aplica un coeficiente de rentabilidad. Llegado el momento de jubilarse, la pensión se calcula según lo acumulado en esa cuenta.

La contestación social en Francia, probablemente el país de Europa donde hay ahora un sistema más generoso, contra los cambios en las pensiones se agotó en 2010, cuando Sarkozy sacó adelante el retraso gradual de la edad de jubilación de 60 a 62 años en 2018. François Hollande llegó al poder prometiendo una derogación de esta reforma, pero solo lo hizo en parte. Ahora el presidente francés, siguiendo el dictado de la UE, está tramitando un aumento del periodo de cotización exigido que está encontrando un débil rechazo en la calle.

Las opciones de acuerdo o choque en Europa no acabarán cuando se acabe la tramitación de la reforma que en España ha comenzado su andadura en el Congreso u Hollande saque adelante la suya. El envejecimiento de la población en Europa va para largo y, como recuerda Eurofound, “las reformas de pensiones se mantendrán en la agenda de muchos países”.