

PREFACIO

Gracias por participar en este ensayo clínico. Puede que usted no recuerde cuándo se inscribió, pero forma parte de él desde diciembre de 2007, el comienzo de la Gran Recesión. Este experimento no se regía por las normas del consentimiento informado ni de la seguridad médica. No ha sido administrado por médicos o enfermeros. Lo dirigían los políticos, los economistas y los ministros de Hacienda.

Durante este ensayo, a usted le apuntaron, junto con otros miles de millones de personas de todo el mundo, en uno de los dos principales tratamientos experimentales: la austeridad o el estímulo. La austeridad es un tratamiento concebido para reducir los síntomas de las deudas públicas y los déficits, y para curar las recesiones. Recorta el gasto estatal en cobertura sanitaria, en subsidios de desempleo y en ayudas a la vivienda. En los comienzos de este ensayo sus potenciales efectos secundarios no estaban del todo claros.

Cuando empezó el experimento de la austeridad, nuestra prognosis era sombría e incierta. La burbuja del mercado de la vivienda en Estados Unidos estalló en 2007, dejando maltrechas a las economías de todo el mundo. Algunos políticos, como el primer ministro británico, David Cameron, decidieron aplicar medidas de austeridad para reducir el déficit. En otros lugares de Europa, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Central

Europeo presionaron a los gobiernos de Grecia, España e Italia para que experimentaran con la austeridad: para que aplicaran recortes de miles de millones de euros a sus programas sociales. Si usted ha recibido una dosis experimental de austeridad, puede que ya haya advertido algunos cambios sustanciales en su vida.

Mientras tanto, otros políticos decidieron invertir en sanidad mediante programas de su red de protección social. Si usted se encontraba en el grupo del estímulo —es decir, si actualmente vive en Suecia, en Islandia o en Dinamarca—, su comunidad se habrá visto enormemente afectada por el desempleo y la recesión, pero se habrá ahorrado buena parte de las medidas de austeridad. Allí ocurrió lo contrario: durante la recesión se emplearon fondos de estímulo para reforzar la sanidad y las redes de seguridad social. Si vivía en un país donde se adoptaron medidas de estímulo, probablemente no haya advertido muchos cambios ni en su vecindario, ni en las listas de espera de los hospitales, ni en los precios de los alimentos, ni en los índices de personas sin hogar.

No ha sido el primer intento de contraponer el estímulo a la austeridad. Hace ochenta años tuvo lugar en Estados Unidos uno de los mayores experimentos de ese tipo. Con el propósito de salir de la Gran Depresión, el presidente Franklin Delano Roosevelt propuso un montón de medidas que pasaron a la historia con el nombre de New Deal, y el Parlamento las aprobó. El New Deal creó empleos y reforzó la red de protección social. Pero aunque los gobiernos de muchos estados de la Unión adoptaron incondicionalmente los programas del New Deal, otros se negaron a ponerlos en práctica. A consecuencia de ello, se obtuvieron unos resultados enormemente diversos. La salud pública mejoró en los estados que estaban a favor del New Deal, pero no en los que estaban en contra. Dos décadas después, la austeridad se puso también a prueba en la Rusia poscomunista y en Asia oriental, con resultados sorprendentemente similares.

Aquellos experimentos aportaron algunas ideas cruciales acerca de las principales conclusiones de este libro: las decisiones económicas no son solo una cuestión de tasas de crecimiento y de déficits presupuestarios, sino también una cuestión de vida o muerte.

Este libro se centra en los datos y en las historias que hay detrás de estos. A lo largo de la última década nos ha preocupado la forma en que las crisis económicas —incluida la Gran Recesión— afectan a nuestra salud. Nuestro interés no es tan solo académico, sino también personal.

Los dos autores de este libro sabemos por experiencia propia lo que es la vulnerabilidad económica y las consecuencias para la salud que trae consigo. David dejó sus estudios de bachillerato para dedicarse a su pasión y tocar en un grupo. Con la música no se ganaba mucho dinero (y, con la perspectiva del tiempo, el grupo tampoco era nada del otro mundo), de modo que trabajó en empleos temporales, como camarero o en tareas de mantenimiento en un bloque de apartamentos, para poder llegar a fin de mes. Pero cuando le despidieron sin previo aviso, no pudo seguir pagando el alquiler. Estuvo viviendo ora en una tienda de campaña, ora en su coche, o durmiendo en los sofás de las casas de sus amigos. Cuando llegó el invierno, empezó a ponerse enfermo. Como padecía asma desde su infancia, contrajo una bronquitis y después una neumonía —todo ello mientras carecía de trabajo, seguro médico, dinero y vivienda propia—. Finalmente, David consiguió volver a ponerse en pie y se matriculó en la universidad con el apoyo de su familia. Allí estudió economía y estadística sanitarias y averiguó que su situación no era tan insólita: a lo largo y ancho de Estados Unidos, a mucha gente le separaba una única nómina de quedarse sin hogar o caer enferma, como le había ocurrido a él.

Desde pequeño, la vida de Sanjay también se ha visto afectada por las enfermedades. Su madre padeció durante muchos años una infección pulmonar llamada coccidiomicosis (conocida como la «fiebre del valle» en el suroeste de Estados Unidos). El padre de Sanjay viajaba de un estado a otro para encontrar trabajo y poder llegar a fin de mes. La familia no hacía más que entrar y salir de los hospitales; todas las semanas les dejaban una bombona de oxígeno en la puerta del garaje. A Sanjay se le daban bien las matemáticas, y cuando se matriculó en una licenciatura en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), descubrió las matemáticas de la vida y la muerte: cómo la estadística describía las razones que hay detrás de que unos vivan y otros mueran.

Nos conocimos durante un curso de posgrado, mientras estudiábamos la salud y la medicina públicas, porque queríamos ayudar a los demás. Desde entonces, hemos estudiado la forma en que las políticas económicas y sociales afectan a nuestra salud. Porque, en última instancia, esas políticas tienen mayor incidencia en que unos vivan y otros mueran que cualquier fármaco, cualquier operación quirúrgica o cualquier seguro. La buena salud no comienza en los hospitales y las clínicas; empieza en nuestros hogares y en nuestros barrios, en los alimentos que comemos, en el aire que respiramos y en la seguridad de nuestras calles. De hecho, uno de los mejores factores para predecir nuestra esperanza de vida es nuestro código postal. Eso se debe a que gran parte de lo que nos mantiene sanos tiene que ver con nuestro entorno social¹.

Todas las investigaciones sobre políticas sanitarias y sociales que se presentan en este libro han sido sometidas a una exhaustiva revisión por parte de colegas expertos en el tema. Destacados economistas, epidemiólogos, médicos y estadísticos independientes han verificado nuestros datos, nuestros métodos y la forma en que presentamos nuestras conclusiones. Nos hemos

servido de las más recientes investigaciones en la materia, así como de muchos análisis que hemos realizado nosotros mismos. Nuestros estudios han aparecido en importantes y prestigiosas publicaciones científicas y médicas, como *The Lancet*, *British Medical Journal* y *Public Library of Science Medicine*, además de en publicaciones del ámbito de las ciencias económicas y sociales.

No obstante, las publicaciones académicas pueden resultar difíciles de entender, de modo que este libro es un intento de traducir esos datos al lenguaje de la calle. Nuestro objetivo es proporcionarle a la gente la información que necesita para tomar decisiones informadas y democráticas acerca de su economía y su salud. También queremos aportar pruebas irrefutables al debate sobre la austeridad —un debate que ha estado mucho más condicionado por la ideología que por los hechos—.

El debate político acerca de la Gran Recesión ha sido intenso. Los defensores del libre mercado y de la austeridad tienden a creer que hay que pagar las deudas, independientemente del coste en términos humanos. Algunos de sus oponentes creen en el mantenimiento de una sólida red de protección social, aunque ello implique un menor crecimiento. Esa inveterada discrepancia entre unos y otros respecto a esos principios básicos ha degenerado en una cacofonía de voces estridentes y de puntos de vista beligerantes. Y ambos bandos han sido escandalosamente incapaces de advertir la falsa dicotomía de ese debate.

Tomar decisiones políticas inteligentes puede impulsar el crecimiento sin costes humanos. A menudo esas decisiones exigen inversiones inmediatas en programas de salud pública. Si se administran correctamente, esos programas pueden contribuir a espolear el crecimiento a corto plazo, además de ofrecer beneficios a largo plazo. En otras palabras, nuestros datos revelan que podemos gozar de una buena salud, y además hacer frente a nues-

tras deudas. Pero crear ese equilibrio exige financiar los programas públicos adecuados.

Para identificar los mejores fármacos y tratamientos médicos, los profesionales de la medicina se sirven de grandes ensayos clínicos aleatorios y controlados. Pero resulta difícil, si no imposible, implicar a toda una sociedad en ensayos aleatorios y controlados para verificar cuáles son las mejores políticas sociales. Así pues, a fin de comprender cómo estas afectan a nuestra salud, utilizamos unos métodos estadísticos rigurosos que estudian lo que se conoce como «experimentos naturales». Esos experimentos surgen, por ejemplo, cuando los responsables de las políticas tienen que afrontar problemas similares, como una gran recesión, pero optan por seguir caminos distintos. Esa divergencia crea las condiciones para que nosotros, en calidad de investigadores, averigüemos de qué forma las decisiones políticas, en última instancia, acaban afectando a nuestra salud, para bien o para mal.

¿Podemos permitirnos gastar dinero en programas de protección social —en atención sanitaria, en programas de salud mental, en cupones de alimentos o en ayudas a la vivienda— cuando tenemos que hacer frente a una importante deuda nacional? Los resultados de nuestra investigación demuestran que, en realidad, el gasto de estímulo en programas específicos de sanidad pública contribuye a reducir el déficit a base de fomentar un crecimiento económico adicional. Cada dólar invertido en estos programas rinde tres dólares en crecimiento económico, que puede utilizarse para saldar el déficit. Por el contrario, los países que optan por drásticos recortes a corto plazo acaban padeciendo un declive económico a largo plazo. Cuando el Estado recorta el gasto en medio de una recesión, también reduce drásticamente la demanda en un momento en que la demanda ya es baja de por sí. La gente gasta menos; las empresas se resienten, lo que en última instancia acaba provocando más desempleo y crea una

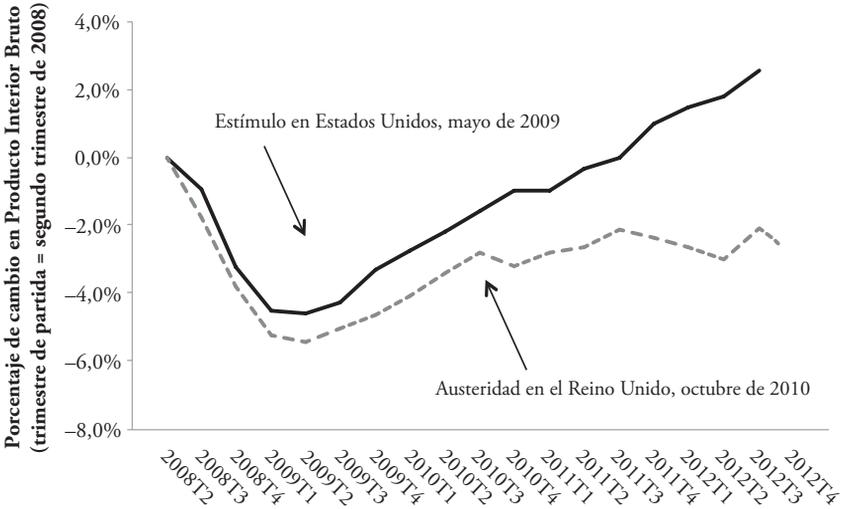


FIGURA P.1 La economía estadounidense se recupera tras el estímulo, pero el Reino Unido sigue en recesión tras las medidas de austeridad²

espiral viciosa de menor demanda y desempleo creciente. Irónicamente, la austeridad tiene el efecto contrario al que se pretende. En vez de reducir la deuda, la austeridad la incrementa al ralentizar la economía. Así pues, cuando no se estimula el crecimiento económico, la deuda empeora a largo plazo. No es necesario saldar los déficits a corto plazo, porque no son como las deudas personales: lo único que hace falta es que crezcan más despacio que la tasa de crecimiento de los ingresos.

Las consecuencias de la austeridad ya pueden apreciarse en los primeros resultados de los experimentos de austeridad de Estados Unidos y el Reino Unido. Como se ve en la Figura P.1, los dos países sufrieron un importante desplome económico tras la debacle financiera de Wall Street. A partir de 2009, cuando el presidente Obama asumió el cargo, Estados Unidos optó por aplicar medidas de estímulo. Esa decisión marcó un punto de inflexión en la recesión estadounidense —desde entonces la economía ha venido recuperándose, y actualmente el PIB del país es mayor que antes del comienzo de la crisis—. Por el contrario,

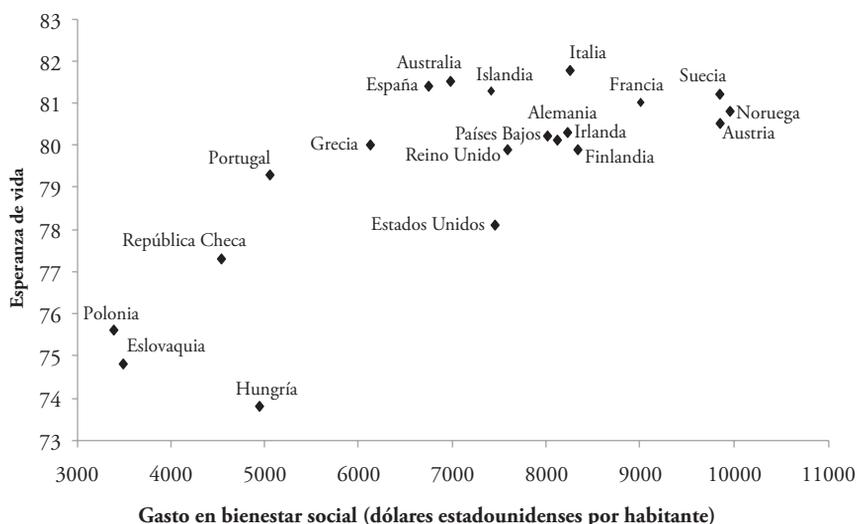


FIGURA P.2 El gasto en bienestar social incrementa la esperanza de vida al nacer, 2008³

después de que el Partido Conservador llegara al poder en 2010, el gobierno británico empezó a recortar el gasto público por valor de miles de millones de libras. Su economía ha venido recuperándose a un ritmo que es menos de la mitad que el de Estados Unidos, todavía no se ha recuperado del todo y actualmente hay indicios de que podría estar a punto de entrar en una temida «tercera caída en recesión».

Esa pauta —los beneficios del estímulo, los perjuicios de la austeridad— se manifiesta a lo largo de casi un siglo de datos sobre las recesiones y la economía, procedentes de países de todo el mundo.

La idea comúnmente aceptada es que las recesiones son inevitablemente perjudiciales para la salud de las personas. Por consiguiente, cabría esperar un aumento de los índices de depresión, de suicidio, de alcoholismo, de epidemias de enfermedades infecciosas y de un montón de problemas sanitarios de todo tipo.

Pero eso no es cierto. Las recesiones suponen al mismo tiempo una amenaza y una oportunidad para la salud pública, y a veces pueden incluso mejorar la situación de la sanidad. Suecia padeció un grave crac económico a principios de la década de 1990, peor que el sufrido en la Gran Recesión, pero no experimentó un aumento de los suicidios ni de las muertes relacionadas con el alcohol. Análogamente, durante la recesión actual hemos asistido a una mejora de la salud en Noruega, en Canadá e incluso en una parte de la población de Estados Unidos⁴.

Lo que hemos aprendido es que el verdadero peligro para la salud pública no es la recesión en sí, sino la austeridad. Cuando se recortan las redes de protección social, una conmoción económica, como la pérdida del empleo o de la vivienda, puede convertirse en una crisis para la salud. Como puede apreciarse en la Figura P.2, un factor determinante para nuestra salud es la solidez de nuestras redes de protección social. Cuando los gobiernos invierten más en programas de bienestar social —en ayudas a la vivienda, en subsidios de desempleo, en pensiones para la tercera edad y en atención sanitaria—, la salud mejora por las razones que explicaremos a continuación. Y no se trata simplemente de una correlación, sino de una relación de causa-efecto que puede apreciarse por todo el mundo.

Por esa razón, Islandia —que se vio sacudida por la peor crisis bancaria de la historia— no experimentó un aumento de las muertes durante la Gran Recesión. Islandia decidió mantener sus programas de bienestar social, e incluso fue más allá y los reforzó. Por el contrario, Grecia, la cobaya de Europa en materia de austeridad, recibió fuertes presiones para que aplicara unos recortes draconianos —los mayores que se han visto en Europa desde la II Guerra Mundial—. Al principio la recesión de Grecia era más pequeña que la de Islandia, pero ahora ha empeorado por culpa de la austeridad. Los costes en términos humanos han quedado en evidencia con todo su dramatismo:

la incidencia del VIH se ha incrementado un 52 por ciento, la tasa de suicidios se ha duplicado, el número de homicidios ha ido en aumento y ha reaparecido la malaria. Todo ello en un momento en que se recortaron programas sanitarios esenciales.

Estos peligros de la austeridad son tan consistentes como profundos. A lo largo de la historia, y durante décadas de investigación, el precio de la austeridad ha quedado registrado en las estadísticas de mortalidad y en el número de muertos.

La conversación en torno a la Gran Recesión se ha centrado demasiado en la disminución del PIB, en los déficits y en la reducción de la deuda. Y demasiado poco en la salud y el bienestar de las personas. En marzo de 1968, el senador Robert Kennedy criticaba ese fetichismo del crecimiento económico:

Actualmente nuestro producto nacional bruto supera los ochocientos mil millones de dólares anuales, pero ese producto nacional bruto —si tuviéramos que juzgar a Estados Unidos por ese parámetro—, ese producto nacional bruto tiene en cuenta la contaminación del aire, los anuncios de tabaco y las ambulancias que retiran los muertos de nuestras autopistas. Tiene en cuenta las cerraduras de seguridad para nuestras puertas y las cárceles para quienes las hacen saltar. Tiene en cuenta la destrucción de los bosques de secuoyas y la pérdida de nuestras maravillas naturales por culpa de un crecimiento urbanístico caótico. Tiene en cuenta el napalm y tiene en cuenta los misiles nucleares, y los vehículos blindados para que la policía luche contra los disturbios de nuestras ciudades. Tiene en cuenta los programas de televisión que glorifican la violencia a fin de venderles juguetes a nuestros hijos.

Sin embargo, en nuestro producto nacional bruto no tiene cabida la salud de nuestros hijos, ni la calidad de su educa-

ción, ni la alegría de sus juegos. No incluye la belleza de nuestra poesía, ni la solidez de nuestros matrimonios, ni la inteligencia de nuestro debate público, ni la integridad de nuestros funcionarios. No mide ni nuestra inteligencia ni nuestra valentía; ni nuestra sabiduría ni nuestra erudición; ni nuestra compasión ni nuestra devoción por nuestro país; en pocas palabras, el producto nacional bruto lo mide todo, salvo aquello que hace que la vida valga la pena, y puede decírnoslo todo sobre Estados Unidos, salvo por qué estamos orgullosos de ser estadounidenses⁵.

Nos hemos tomado en serio la propuesta de Robert Kennedy. En este libro nos centramos en las decisiones que toman los gobiernos y las repercusiones de esas decisiones no solo para nuestras economías, sino también para nuestra integridad física. Actualmente disponemos de abundantes datos que ponen de manifiesto qué medidas matan y cuáles salvan vidas. Como ciudadanos que somos, podemos exigir a nuestros gobiernos que tomen las decisiones adecuadas, unas decisiones que protejan nuestra salud en tiempos difíciles.