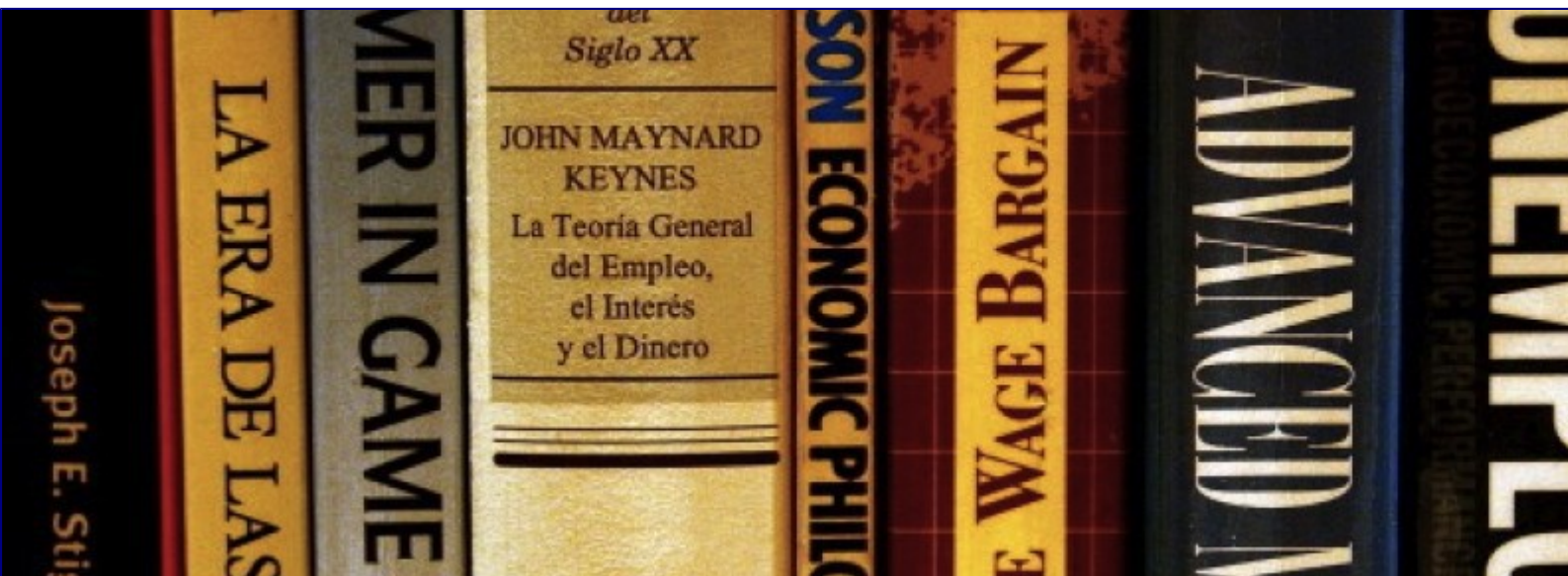


Economistas Frente a la Crisis

El pensamiento económico al servicio de los ciudadanos



[Inicio ¿Quiénes somos? Manifiesto de ECONOMISTAS FRENTE A LA CRISIS](#)

[“No es economía, es Ideología” El libro de Economistas Frente a la Crisis Como incorporarse, participar y colaborar con EFC](#)

Posted on [29/08/2012](#)

[← Anterior](#) [Siguiente →](#)

Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario

Emili Ferrer Inglés es economista y colaborador de **Economistas Frente a la Crisis**

No es tolerable que los ciudadanos puedan sentirse culpables de la crisis económica por supuestos abusos en el uso del sistema sanitario.

En un país en riesgo de una grave fractura social, el recorte de la sanidad y el copago sanitario no pueden estar en una agenda política sensata.

Hay quienes sostienen que hemos gastado en sanidad pública más de lo que podíamos, y añaden el gasto sanitario a la lista de causas de la crisis, desviando la atención del origen real de la crisis. De esta forma ayudan a mantener, si no aumentar, el déficit histórico de gasto social de nuestro país, en relación a la zona euro y pretenden justificar el desmantelamiento progresivo del sistema sanitario público y de la equidad de acceso. Estas posturas desvían la atención del origen real de la crisis e ignoran y desatienden los efectos que sobre la salud de las personas ha provocado el aumento de las desigualdades sociales, acentuadas por la crisis.

1. LA GRAN DIVERGENCIA

En un artículo titulado “[Reivindicación de la parresia](#)”, Ignacio Sotelo habla, entre otras cosas, de que la parresia, entendida como el riesgo derivado de expresar las propias opiniones, era considerada una cualidad en la democracia ateniense. También habla de las montañas de papel que se han escrito acerca de la crisis, pero sin citar apenas a Marx. De la primera cita procede el ánimo para escribir estas reflexiones, de la segunda el hecho de iniciarlas con una breve descripción del carácter de las crisis en las economías de mercado.

Las crisis no se explican por el déficit público, por conflictos sociales ni por causas naturales. Como ha expresado Peter Mertens (2012): “*la erupción del volcán Eyjafjallajökull es un fenómeno natural. La crisis económica no*”. En palabras de autores cuya ausencia del debate hace notar Ignacio Sotelo, las crisis económicas tienen su origen en “*la capacidad restringida de consumo de las masas, con las que contrasta la tendencia de la producción capitalista a desarrollar las fuerzas productivas como si no tuviesen más límite que la capacidad absoluta de consumo de la sociedad.*” Son palabras de Karl Marx escritas en 1894, cuya obra contiene los primeros análisis de las crisis económicas.

En los mismos años Engels (1892) ya observaba el carácter sistémico de las crisis en las economías de mercado “*Desde 1825, año en que estalla la primera crisis general, no pasan diez años seguidos sin que todo el mundo industrial y comercial se salga de quicio. El comercio se paraliza, el dinero contante se hace invisible; el crédito desaparece; las fábricas paran; las masas obreras carecen de medios de vida precisamente por haberlos producido en exceso, las bancarrotas y las liquidaciones se suceden unas a otras. El estancamiento dura años enteros. ... Y así, una vez y otra.*

Cinco veces se ha repetido la misma historia y en estos momentos estamos viviéndola sexta vez.” Y siguen reproduciéndose: 1929 la Gran Depresión 1937 la depresión Roosevelt, 1973 crisis del petróleo, 1980 crisis de la deuda externa en América Latina, 1997 crisis en sureste de Asia, ...

Es básicamente la desigualdad lo que está detrás de las crisis sistémicas consustanciales de la economía de mercado.

Paul Krugman (2007) en un artículo publicado en su blog “[La conciencia de un liberal](#)” describe el proceso de crecimiento de las desigualdades previo a la actual Gran Recesión como la gran divergencia. Entre 1979 y 2005 los ingresos reales de las familias medias estadounidenses crecieron un 13%, mientras que para el 0,1% de las más ricas crecieron en un 296%. En 2008 el 1 por ciento de los más ricos recibía el 53 por ciento de todos los ingresos, esto es más que el 99 por ciento restante. Según Josep Fontana (2012) entre 1973 y 2011 la productividad mundial ha aumentado en un 84,4 %, y la retribución de la hora lo ha hecho en un 10,7%. Así, deduce que: “*Bankia no se ha hundido por construir escuelas y hospitales*”.

No es tolerable que los ciudadanos puedan sentirse culpables de la crisis económica por supuestos abusos en el uso del sistema sanitario.

2. LA DESIGUALDAD EN SALUD

El crecimiento de la desigualdad está en el origen de la crisis económica y ésta a su vez genera nuevos niveles de desigualdad y nuevas brechas en la equidad social (y en la sanidad) agravando la crisis social. Joaquín Estefanía (2011) nos advierte “*No dejan de hablar del déficit pero no se habla del sufrimiento de los que no tienen nada, de la pobreza de los jóvenes, del envilecimiento del mundo*”.

Hay economistas que entienden que la crisis se debe a un exceso de consumo y a un uso desmedido de los recursos del Estado del Bienestar, situando como consecuencia la contención del gasto social como prioridad en las políticas del ajuste fiscal. Sin embargo, la historia no confirma estas posiciones. Por el contrario, las crisis se han producido con existencia del Estado del Bienestar o sin él, y la ampliación de la desregulación de la actividad económica ha estado presente en todas ellas, como también lo han estado sus consecuencias de reducción de ingresos, aumento del desempleo, marginación y pobreza.

La propia existencia del Estado del Bienestar estará vinculada a una economía en la que se de tanto mercado como sea posible pero también tanto Estado como sea necesario.

La salud de las personas es un elemento básico para la reducción de las desigualdades sociales. En primer lugar, la salud se ve afectada por la crisis por el impacto producido en los denominados factores determinantes sociales de la salud (DSS), que al empeorar, incorpora desigualdades injustas que se producen en ámbitos no necesariamente sanitarios. En segundo lugar, la crisis incide en los recursos asignados al sistema sanitario necesarios para garantizar su equidad, nivel de prestaciones y calidad.

Pero la salud de las personas es también un factor de mejora de la competitividad y de la sostenibilidad económica. Contribuye a la mejora de la competitividad en un doble aspecto, a través de la mejora de las condiciones personales de vida y de trabajo y como sector generador de actividad productiva y de empleo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de razas, religión, ideología política o condición económica o social*”. En 2008 la OMS constituyó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (WHO, 2008), la cual estableció que las desigualdades en salud “son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas sociales y económicas”.

En el ámbito español en 2010 se constituyó la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España . En su informe de mayo de dicho año: “Avanzando hacia la equidad: propuestas de política e intervenciones para reducir las desigualdades sociales de salud en España” define como determinantes sociales de la salud “aquellas diferencias en salud injustas y evitables. Resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, y que se traduce en una peor salud entre los colectivos menos favorecidos” . Este informe establece como determinantes estructurales el contexto socioeconómico y político (la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza, y el territorio de procedencia o de residencia) y como determinantes intermedios los recursos materiales (condiciones de empleo y trabajo, carga de trabajo no remunerado del hogar y de cuidado de personas, el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos y el área de residencia) y el acceso a los servicios sanitarios.

Algunos datos pueden ilustrar la importancia de los determinantes sociales de la salud y de cómo éstos pueden incrementar la pobreza y la desigualdad. Por ejemplo, según Ángel Puyol (2012) , si la mortalidad se comportase como lo hace en las zonas más ricas de España, morirían 35.000 personas menos al año; o la esperanza de vida que puede variar hasta 3 años

entre las comunidades autónomas ricas y las comunidades autónomas más pobres. Joan Benach (2012) identifica y detalla factores de riesgo en salud como consecuencia de la reforma laboral: “*el incremento del paro y de la precariedad laboral, el empeoramiento de las condiciones de trabajo, la reducción de la participación de los trabajadores en la salud laboral (debilitación sindical)...*”. Los sindicatos y diversas organizaciones sociales han denunciado que la reforma sanitaria de la Ministra Mato expulsa a ciudadanos del sistema sanitario público y la califican de injusta e inmoral, y podría seguir la enumeración.

Estas desigualdades afectan de forma más intensa a colectivos específicos que habitualmente ya están expuestos a mayores factores de riesgo. Según el informe de UNICEF, “*Infancia en España 2012-2013*”, en nuestro país hay 2,2 millones de niños que viven por debajo del umbral de la pobreza, un 10% más que en 2008; el 13,7 % de los niños viven en hogares de pobreza alta; los hogares con todos sus miembros adultos sin trabajar han pasado de 324.000 en 2007 a 714.000 en 2010, un incremento del 12%. Según las organizaciones de inserción de discapacitados en Catalunya (Dincat, Ambfeina, Mesa del Sector en Catalunya,..) los recortes aplicados suponen que 2.300 discapacitados, que representan el 30%, perderán su puesto de trabajo en los Centros Especiales de Trabajo, reduciendo su retribución del 75% del SMI al 50% , al margen de lo que ocurra con los centros vinculados con Obras Sociales de antiguas Cajas de Ahorros. Cruz Roja de Catalunya en su informe: “*El impacto de la crisis en la personas mayores*” concluye que la población de más de 65 años es un colectivo que soporta situaciones no previstas anteriormente, como la inversión del flujo del canal de solidaridad intergeneracional. Por primera vez, el 30 % de los mayores de 65 años ayuda económicamente a alguien de su familia. Según la Encuesta de Población Activa del INE de junio de 2012 las familias que tienen todos sus miembros activos en el paro son 1.737.600 familias y 2.492.800 personas están en situación de paro por un período superior a un año.

En esta situación, causa estupor que en el texto del “*Pla de Salut de Catalunya 2011-2015*” no aparezca ninguna referencia a las directrices de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS constituida en 2008 ni a la “*Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España*” CRDSS-E constituida en 2010 en el MSPS.

Los avances en la reducción de las desigualdades sociales en salud no han sido los esperados condicionados por la magnitud de la crisis económica (Urbanos, 2012) y por los ajustes fiscales derivados de la política centrada en la reducción del déficit público. El efecto sobre el déficit público de las condiciones del rescate de la banca española podrían comportar la continuidad en el recorte del gasto social y constituir un obstáculo para progresar en la reducción efectiva del empeoramiento de los determinantes sociales de la salud.

Ante la posición fatalista de gestionar algo que se cree inevitable, el filósofo Emilio Lledó decía, entre perplejo y indignado: “*No entiendo porqué dicen: con la que está cayendo, y no dicen: con lo que están haciendo*”. Una reflexión similar hace Anna Maria Moix (2012) : “*Y ante tanta desolación, resulta escandaloso escuchar a algunos políticos o leer a mucho comentarista intentando culpabilizar al ciudadano diciéndole que lo que le ocurre es debido a que, durante años, se lió la manta a la cabeza, tiró la casa por la ventana y vivió por encima de sus posibilidades. Culpabilizar a cinco millones de parados y a miles y miles de pequeños y medianos empresarios que han tenido que clausurar sus empresas debido al catastrófico estado económico del país, de la pérdida del Estado del Bienestar es de juzgado de guardia*”.

3. EL DEFICIT EN GASTO SANITARIO PÚBLICO

Según los expertos, los determinantes sociales de la salud tienen un mayor impacto en la equidad en salud que la posibilidad de acceder a sistemas sanitarios de calidad y de elevado nivel de prestaciones. Sin embargo, sin éstos sería imposible atender los efectos causados por la desigual exposición de las personas a los determinantes sociales de la salud.

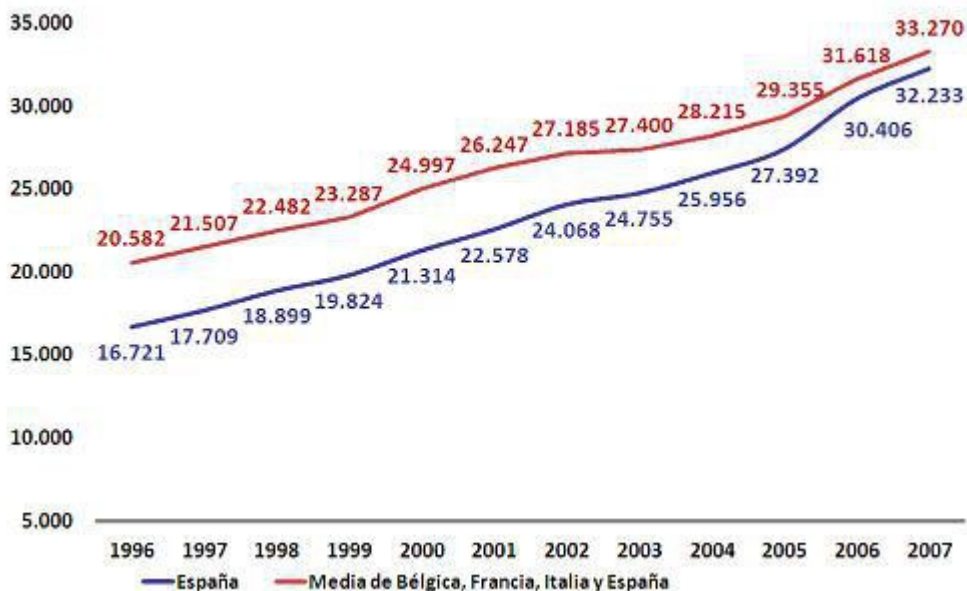
El sistema sanitario es un recurso importante para contener los efectos de la transformación de la crisis económica en crisis social, razón por la cual el sistema sanitario debería preservarse de cualquier acción dirigida a dificultar el acceso, reducir las prestaciones, no mantener la calidad o, en definitiva, a disminuir el volumen de los recursos asignados.

El incremento de los gastos y del coste de los servicios sanitarios es una tendencia común en la mayoría de países de la OCDE y España, aunque, con peculiaridades específicas, sigue la misma tendencia.

El gasto público sanitario en España, como pone de relieve Vicenç Navarro , es de los más bajos de la UE-15 según Eurostat, el 6,5% del PIB en España en 2008 frente al 7,3% del PIB en el conjunto de la UE-15 da una idea de la precariedad del gasto sanitario en España. Carencias que también se observan al comparar los recursos personales dedicados a este sector, en España la sanidad pública ocupa solo al 9% de la población activa, frente el 15% de la UE-15 o el 25% de Suecia.

Sin embargo hay quien opina que estamos en el nivel de gasto que nos corresponde según nuestro PIB, y otros, más atrevidos, opinan que en realidad estamos gastando por encima de nuestras posibilidades. Sin duda alguna hay ciudadanos que acosados por el miedo o los medios de comunicación asumen una “falsa conciencia” y hacen suyo este sentimiento. Por lo tanto, se trata de comprobar la consistencia o no de estas afirmaciones. Para ello se utilizará como indicador el gasto sanitario por habitante en dólares USA (US \$) a partir de los datos de la OCDE Health Data 2012 y se establecerán comparaciones, de una parte, con el grupo de países utilizado en sus análisis por el European Economic Advisory Group (EEAG), formado por Bélgica, Francia, Italia y España, y de otra con la media de todos los con los países que forman la zona euro (UE(17)).

PIB POR HABITANTE A PRECIOS CORRIENTES (US\$ PPS)



Fuente: OCDE Health Data 2012

1) Si se considera que el PIB per cápita puede ser indicador de la capacidad de gasto, deberíamos aumentar aproximadamente en un 14% el actual gasto social de España para situarlo al nivel que le correspondería según el PIB per cápita en relación al grupo de países de EEAG.

El PIB per cápita de España para 2010, a precios corrientes, era de 31.888 US\$ PPS, el 92,2% de la media del grupo de países de EEAG, y el 91,5% de la media de la UE (17).

Sin embargo el gasto social per cápita a precios corrientes (educación, salud y protección social) estaba en una situación muy diferente, en 2007, último año con información disponible era de 6.957 US\$ PPS, equivalente al 80,9% del grupo de países de EEAG y al 87,6% de la media de la zona euro. Por lo tanto el gasto social per cápita es inferior al que nos correspondería. Esta diferencia, es lo que Vicenç Navarro define como déficit histórico de gasto social. La estimación para el año 2007 situaba el déficit en 1.450 US\$ PPS por habitante y año en relación a la media de países de EEAG, y de 982 US\$ por habitante y año en relación a la UE(17).

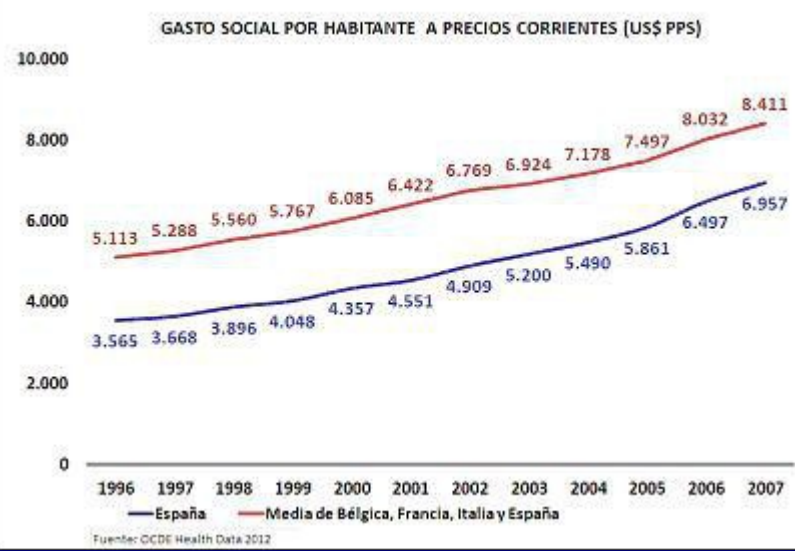
Los que piensan que estamos en un nivel de gasto social por encima de nuestra capacidad de gasto suelen utilizar la recaudación fiscal como indicador para comparar con otros países y no el PIB per cápita como se hace en el presente análisis. Efectivamente podría parecer un indicador más adecuado, siempre y cuando se considerasen factores esenciales que no pueden obviarse:

- a) El carácter regresivo de nuestro sistema fiscal.
- b) La existencia de fraude fiscal, con diferentes efectos e intensidad en los países de la UE.
- c) Que España es probablemente el país de la zona euro con más fraude fiscal. Según la estimación realizada por GESTHA a partir de las declaraciones del año 2009 la defraudación equivalía al 84,61% del gasto sanitario público para el mismo año. El 74,36% de esta defraudación corresponde a grandes corporaciones y empresas, que acumulada a la de las pyme alcanza el 91,77% del total defraudado. La mayor parte de este fraude corresponde a rentas del capital.

En cualquier caso, incluso cuando se utiliza el PIB per cápita se debería considerar la compleja evaluación de la economía sumergida, que Jacint Ros Hombravella la sitúa entre el 19 y el 22%, casi una quinta parte del PIB.

De ahí la conveniencia de una lectura prudente de los datos disponibles, incluso de los aquí utilizados. Las informaciones estadísticas han de situarse como lo que son: datos para aproximarnos de alguna manera a la realidad.

Durante el período 1996-2007 la tasa de crecimiento del gasto social per cápita es superior a la tasa de crecimiento del PIB per cápita y entre los componentes del gasto social, el crecimiento del gasto sanitario per cápita es muy superior al del gasto social en su conjunto siendo, a precios constantes, el crecimiento del PIB per cápita del 31,77%, el del gasto social del 42,43% y el del gasto sanitario del 70,34%.



2) El gasto sanitario per cápita en España entre 1996 y 2004 creció a una media anual del 4,07% y en la zona euro la media anual fue del 3,87%. Entre 2004 y 2010 el crecimiento medio anual es del 3,73% en España frente al 3,86% de la zona euro, siendo el crecimiento medio para el grupo de países de EEAG del 2,65% y el 2,25% respectivamente. Ritmos de crecimiento que en todo caso hacen difícil recuperar el déficit acumulado.

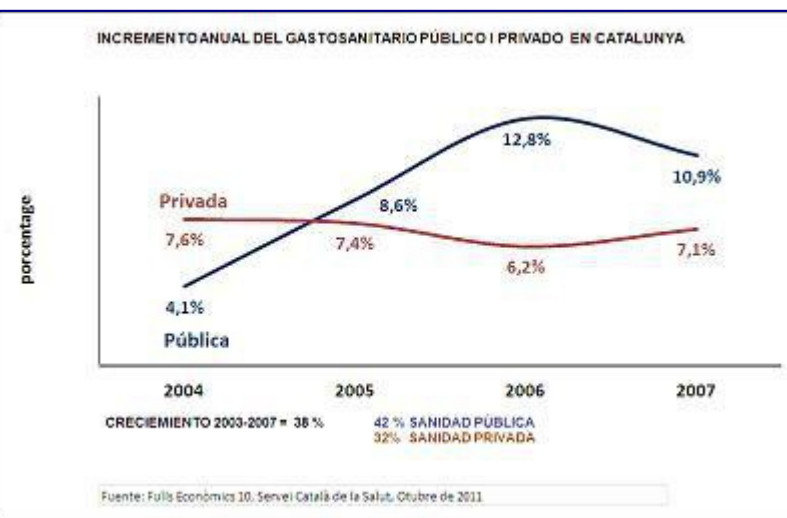
El documento conocido como “Segundo Informe Vilardell” de 2010 integra esta idea de subfinanciación de la sanidad al proponer la necesidad de medidas que “permitan incrementar los recursos económicos destinados a la salud, teniendo presentes los factores de eficiencia, corrigiendo el nivel de gasto insuficiente y convergiendo en un nivel de gasto global per cápita similar al de los países con PIB per cápita similar al de Catalunya”.

3) En tercer lugar, es significativa la diferente evolución en el tiempo de las tasas anuales medias de crecimiento del gasto social per cápita en precios constantes. En el período 1996-2004 crece a una media del 2,16% anual, mientras que en el período 2004-2007 lo hizo a una media anual del 4,84%.

El gasto social per cápita al inicio del periodo era muy bajo. Es una de las posibles razones del porque aún siendo su crecimiento medio anual superior al crecimiento medio anual del PIB per cápita, esto ha sido insuficiente aún para reducir el déficit de gasto social. Otra consideración para el análisis del gasto sanitario en España es el sesgo de sobrevaloración causado por la inclusión en el cómputo del gasto sanitario de los recursos destinados a investigación y a formación.

4) Desde 1996 a 2010, el crecimiento del gasto sanitario de financiación pública per cápita es superior al crecimiento del gasto sanitario de financiación privada per cápita, el 73,32% y el 62,54%, respectivamente. Esta tendencia a un mayor aumento en el gasto público en relación al gasto total en salud se observa también en el grupo de países de EEAG y en la UE (17).

En España esta evolución es el resultado de tendencias de signo contrario, que se observan con claridad en los períodos 1996-2004 y 2004-2010. De tal forma que, entre 1996 y 2004, el gasto sanitario per cápita de financiación pública creció a una media anual del 3,7% inferior a la media del 5% de crecimiento del gasto sanitario per cápita de financiación privada. Sin embargo, en el período 2004-2010 el gasto sanitario per cápita de financiación pública creció a una media anual del 4,53%, muy superior al 1,75% de crecimiento medio anual del gasto sanitario de financiación privada.

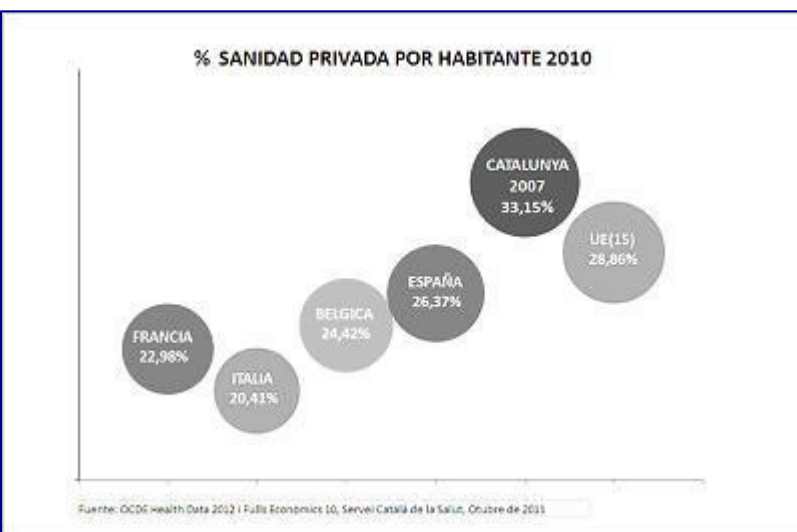


La proporción de gasto privado per cápita en el período 1996-2010 disminuye del 27,6% al 26,3%. Esta tendencia se confirma en términos de porcentaje sobre el PIB. Así, mientras el gasto sanitario público crece entre 1996 y 2010 del 5,4% al 7,1% del PIB, el gasto sanitario privado experimenta un crecimiento menor, del 2% al 2,5% del PIB per cápita.

5) En quinto lugar, el gasto sanitario privado per cápita en España en 2010 fue de 811,3 US\$ PPS, inferior al de la zona euro, pero superior al del grupo de países de EEAG. Equivale al 26,4% del gasto sanitario total per cápita, siendo para la zona euro el 28,9% y para el grupo de países de EEAG el 23,57%.

Catalunya concentra uno de los volúmenes de sanidad privada más elevados de la zona euro. Los últimos datos disponibles son de 2007 y lo sitúan en el 33,2% del gasto sanitario total per cápita. También es la Comunidad Autónoma donde se ha producido un retroceso de la sanidad privada de 1,8 puntos entre 1996 y 2010, ligeramente mayor que los 1,3 puntos de retroceso en el resto de España.

Esta importante cuota de sanidad privada en Catalunya no es ajena a la configuración del llamado modelo catalán de sanidad, ni a las actuales políticas de recorte sanitario del Gobierno de la Generalitat de Catalunya.



La proporción de gasto sanitario público respecto del gasto sanitario total per cápita se redujo entre 1996 y 2004, pero la tendencia se invirtió y creció entre 2004 y 2010. Si se compara la evolución de la proporción de gasto público sanitario entre 1996 y 2010 en el grupo de países de EEAG y en la zona euro se observa un crecimiento sostenido durante todo el período. Mientras que en España durante la primera parte, situada entre 1996 y 2004, baja la proporción de gasto público sanitario, pasando del 75,2% al 74,4%. En tanto que entre 2004 y 2010 esta proporción crece del 74,3% al 82,9%

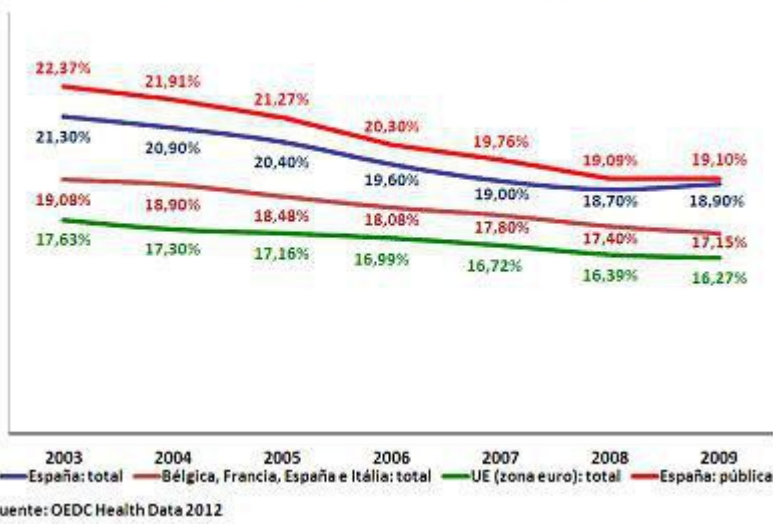
6) La evolución del gasto farmacéutico público per cápita ha seguido una tendencia similar a la observada en las otras variables de gasto sanitario. Según los datos de "OCDE Health Data 2012", en 1996 el gasto farmacéutico era el 19,8% del gasto sanitario y creció hasta un máximo del 21,3% en 2003 y a partir de esta año cambia la tendencia y desciende hasta el 18,9% en 2009, año en el que el gasto sanitario per cápita era de 580,2 US\$ PPP.

Sin embargo, entre 1996 y 2009 la relación entre el gasto farmacéutico público y el gasto sanitario público se mantiene por encima de la media de la zona euro, siendo para ésta del 16,3% en 2009, para el grupo de países de EEAG del 17,1% y para España del 18,9%.

El crecimiento en España, en precios constantes, entre 2004 y 2009 fue del 14%, mayor que el crecimiento medio de la zona euro que se situó en el 13,1%. Esta evolución equivale a un crecimiento medio anual del 2,67%, sensiblemente inferior al 4,83% de crecimiento medio anual del gasto sanitario público.

La proporción de gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario se ha reducido en el gasto público sanitario a un ritmo superior que el que ha experimentado el gasto farmacéutico total sobre el gasto sanitario total. Así entre 2003 y 2009 han reducido un 14,6% y un 11,12% respectivamente, de lo que se puede deducir que la reducción en el consumo de fármacos ha sido mayor en el de financiación pública que en el de financiación privada.

% GASTO DE FARMACIA SOBRE GASTO SANITARIO TOTAL I PÚBLICO



En 1993 y en 1998 se implantaron reformas que incidían en el control de precios, el volumen de la prescripción, la introducción de genéricos y el aumento del coste aportado por el usuario (Peiró, 2012). Pero, a pesar de todas las medidas, el gasto ha seguido aumentando. Otras propuestas son, a modo de ejemplo, la de Albert Jovell, del Foro de Pacientes: “los fármacos no eficaces no deben desfinanciarse, sino que deben retirarse de la venta al público”, o la de Jaume Puig-Junoy y Guillen López Casanovas, quienes destacan la necesidad de ampliar los estudios de evaluación del coste-efectividad de los medicamentos. Otro factor importante es el papel de la industria farmacéutica, dada su capacidad de influir en las estrategias sanitarias y de farmacia.

4. EL DESMANTELAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA: EL REPAGO Y EL RECORTE

Los recortes en sanidad empezaron en Catalunya y su dimensión es mayor a las medidas adoptadas en otras Comunidades Autónomas, por esta razón, el análisis de los argumentos, de las medidas y sus efectos en muchos casos hacen referencia a Catalunya.

En enero de 2011, Boi Ruiz, Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, en un acto en el Palau de la Música Catalana, animaba a los ciudadanos a afiliarse a Mutuas y a Aseguradoras privadas. El 14 de enero, afirmaba que “cuantas más personas paguen una póliza privada más personas podrán participar del dinero público”; el 26 de mayo en una conferencia en ESADE sostenía que: “es necesario cuidar de que el sector público no haga competencia desleal al sector privado, que no haga dumping” y concluía: “el Servei Català de la Salut es una mutua pública”; el 25 de octubre declaraba que: “La salud es un bien privado que depende de uno mismo, no del Estado”... “No existe un derecho a la salud, porque esta depende del código genético que tenga la persona”... Clara posición ideológica y política que deja poco lugar a la duda.

EL REPAGO

El llamado copago sanitario es un sistema establecido con más o menos intensidad y bajo diferentes procedimientos en diversos países europeos. Pero, ¿Qué significa copago? Es un vocablo cuya acepción no es recogida por ningún diccionario de español. El acto de copagar, cost-sharing en su versión en inglés, implica compartir con alguien el pago de algún bien o servicio. Esta acepción es difícil de aplicar al sistema sanitario pues los ciudadanos pagan todo el coste del sistema sanitario. Otras cuestiones son si el esfuerzo fiscal resulta o no suficiente, si se distribuye de forma equitativa, o si la distribución y gestión de los recursos disponibles es la adecuada. Por lo tanto, y puestos a ampliar el diccionario, sería más preciso hablar de repago o de doble pago.

Copago, puede indicar, entre otros significados: a) el pago por un servicio médico ya asegurado; b) el incremento de un pago ya existente (Benach, 2012); c) un medio para “promover el buen uso” de los servicios sanitarios por parte del paciente; o d) una forma de incentivar la llamada responsabilidad financiera individual de los ciudadanos en la sanidad (Puig-Junoy, 2009 y Rodríguez, 2012). Pero, tan importante es promover la más estricta responsabilidad ciudadana para evitar el uso abusivo del sistema sanitario, como actuar con la más estricta intransigencia con los defraudadores fiscales.

Stiglitz (La Economía del Sector Público, 1986) describe dos posiciones de los economistas ante las figuras de copago, la de los economistas “que creen que el problema del riesgo moral es el factor esencial que explica el aumento de los costes y de los gastos médicos, insisten en las cláusulas de copago y son críticos con los programas públicos de sanidad”. Entendiendo como riesgo moral la influencia de un seguro en la conducta de quien lo tiene, en el sentido de un uso abusivo o poco responsable de los servicios asegurados.

La posición contrapuesta es la de los economistas partidarios de la financiación fiscal de la sanidad, “los que creen que la demanda de servicios médicos es bastante inelástica, que depende bastante de las prescripciones de los médicos, y piensan que el copago no resolvería los problemas del sector”. Un sector que, según Stiglitz, no puede tratarse como un mercado

convencional por la existencia de fallos en el mercado derivados de que la información es imperfecta (el consumidor no dispone de la información necesaria para decidir) y de que la competencia es limitada (reducido grado efectivo de competencia) Es lo que se conoce como riesgo de mercantilizar la sanidad.

El “Segundo Documento Marco del Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario en Catalunya”, de marzo de 2010, conocido como Segundo Informe Vilardell, propone: “Promover el análisis de los posibles instrumentos de medida y incentivación para el equilibrio entre el progreso económico y el progreso sanitario en calidad y equidad y entre las disponibilidades individuales y colectivas de la ciudadanía para contribuir financieramente a este progreso sanitario en calidad y equidad.” Posición que admite formas de copago, pero no contempla los recortes de los recursos económicos.

Para tener una visión del llamado copago ha sido necesario seleccionar , con mayor o menor acierto, algunos aspectos destacados de las propuestas de copago. Por razón de espacio, y de naturaleza y objeto de este trabajo, la selección puede resultar parcial y breve, igual que las reflexiones siguientes:

1) En España, como en la mayoría de países de la UE, ya existe un modelo de copago aplicado a farmacia y a determinadas prestaciones sanitarias, (como parte de la salud mental, la odontología y otros), que por estar excluidas del sistema sanitario constituyen en realidad una forma de copago. Sin embargo, la extensión del copago al conjunto del sistema sanitario sólo lo encontramos en siete países de la UE (Nuria Mas , 2011), entre ellos tres son de los llamados países nórdicos, además de Francia y Alemania (países con un nivel de gasto social per cápita mucho más elevado que el que correspondería a España en función de la relación del PIB per cápita). En tres países, Dinamarca, España y Reino Unido, sólo existe el copago farmacéutico. El resto de países disponen de sistemas parciales de copago. Sería útil ampliar este análisis en relación a los niveles de la protección social per cápita de cada país, y la que correspondería a España en función de la relación con el PIB per cápita.

2) Algunos economistas proponen el copago como un medio para promover el buen uso del servicio sanitario público y evitar el riesgo moral, es decir, como factor de contención de la demanda de servicios. El copago entendido de esta forma se aplica habitualmente sobre servicios en los que la decisión se entiende que es del usuario, como urgencias, consultas médicas y farmacia (Núria Mas , 2011). Aunque sólo en el caso de primeras visitas en consulta y del acceso a urgencias hay decisión del paciente. A partir de este momento el paciente sigue el trayecto médico y farmacéutico programado por los profesionales de la sanidad sobre los que el copago no tiene efecto directo. En última instancia este tipo de copagos pretenden derivar la responsabilidad de la buena gobernanza del sistema sanitario hacia los pacientes y los profesionales de la sanidad (Vicenç Navarro , 2012).

Ni los indicadores de uso, ni los resultados previsibles, ofrecen mucha seguridad. En España la frecuencia de visitas por habitante es de 7,5 año, superior a la media de la UE (Benach , 2012) pero los indicadores no parecen homogéneos: muchas visitas son administrativas, o son atendidas por personal no facultativo. Además, en España el número de consultas es mayor, pero es menor el número de estancias hospitalarias “Consideradas en conjunto, consultas y hospitalización, no hay utilización excesiva de recursos, se observan prácticas diferentes. En España tenemos un sistema muy basado en AP y con pocas camas de hospital, se atienden en consulta más problemas que la media de la OCDE” (Sánchez , 2011) .

Tampoco hay evidencia clara de la eficacia de la medida. El Conseller de Sanitat Boi Ruiz, declaraba el 14 de enero de 2011 : “El copago tiene un efecto disuasivo, muchas personas no utilizarían los servicios hasta que no hubiera más remedio. Entonces vendrían en peores condiciones de salud”. Por otra parte, se posibilitaría una reducción indiscriminada de servicios sanitarios tanto si son valiosos como si no lo son. Prácticas que afectarían en mayor medida a la salud de la población con renta baja y de los pacientes crónicos y provocarían una reducción mayor en la demanda de medicina preventiva, ya que esta demanda es más elástica que la de medicina de agudos. Esta afectación a la función preventiva resultaría mucho más cara para el sistema (Nuria Más : 2011)

3) El copago también es presentado como un modo de contribuir a la sostenibilidad del sistema por medio del supuesto ahorro en el consumo de recursos y de la aportación de financiación individual al sistema. La visión del copago como figura recaudatoria vinculada a la sostenibilidad de un sistema sanitario público en perspectiva de reducción es la del Conseller d’Economia de la Generalitat (Andreu Mas Colell , 2012) que entiende que el copago “constituye la única forma significativa de aumentar los ingresos para la financiación de la sanidad sin reducir la oferta de prestaciones”. Por su parte el Conseller de Salut Boi Ruiz , en junio de 2009, era más categórico: “En el objetivo del copago por tasas, el mejor indicador de su eficacia es la baja recaudación por estas tasas”, es decir establecer como objetivo del copago el promover la mínima utilización del sistema público, o lo que es lo mismo la mayor utilización de la sanidad de financiación privada.

La evidencia científica es limitada y no confirma de forma inequívoca la relación entre copago y sostenibilidad, Benach resume de esta forma el resultado del experimento RAND Health Insurance Experiment (HIE) que entre 1971 y 1982 evaluó sobre 2.750 familias los efectos de la introducción de copago en visitas en pediatría y en pacientes de más de 65 años: “Los niños de 5 a 13 años doblaron el porcentaje de visitas anuales perdidas (15% a 32%), mientras que los niños de menor edad más que triplicaron el porcentaje de visitas no realizadas (5% a 18%). La evidencia también apunta a que el copago puede producir un ahorro en el gasto en algunos aspectos, pero aumentar otros, y el resultado final es cuando menos incierto. En Estados Unidos, la puesta en práctica del copago en los pacientes mayores de 65 años redujo la atención

ambulatoria (20%), pero aumentó las hospitalizaciones (2,2%) y la duración de las estancias hospitalarias (13,4%), en especial entre quienes estaban en peor situación socioeconómica y con enfermedades crónicas” De otros estudios, como el de Trivedi de 2010, realizado sobre población del Medicare mayor de 65 años, resulta que el gasto derivado a consecuencia del copago puede duplicar el ahorro generado por el aumento de ingreso, y las mismas tendencias poco concluyentes hallamos en los estudios de la OCDE . Por lo tanto, la evidencia científica disponible indica que los colectivos más afectados son las personas mayores de 65 años y los enfermos crónicos, que pueden ver agravada su situación y cuyo deterioro de salud puede requerir a medio plazo recursos adicionales superior al ahorro inicialmente esperado.

4) El Informe sobre la Salud 2010 de la OMS advierte de que el copago reduce la equidad en acceso al sistema sanitario. Sus efectos se manifiestan especialmente en la infancia, en las personas mayores, en los discapacitados, en los enfermos crónicos, en los sectores de población con menores niveles de renta y en la inmigración. Sin mecanismos de compensación, es decir sin más gasto público social, el copago actúa como un impuesto que grava exclusivamente a esta franja de población y añade un nuevo factor de incremento de la desigualdad y de la pobreza. Un estudio realizado en Estados Unidos (Trivedi , 2010) sobre los efectos de la aplicación de copago en la atención médica a personas mayores, muestra como el efecto fue superior en zonas de baja renta, de baja educación, en los asegurados de raza negra y entre los enfermos crónicos.

5) El coste de transacción del copago, que pueden neutralizar el ingreso por recaudación de precios y tasas, y el reducido ámbito efectivo de su posible aplicación pueden conducir a inevitables ineficiencias en su gestión y a una dudosa consecución de sus objetivos.

Los factores que explican el incremento progresivo del gasto sanitario en la mayoría de países afectan básicamente a la atención especializada en hospitales y es en este ámbito en el que se concentra la mayor parte del gasto sanitario. Sin embargo son pocas las propuestas de copago estrictamente sanitario para las prestaciones hospitalarias. En la actividad hospitalaria se intuyen, entre otros, tres factores:

El primero, es la aplicación del criterio de promover el buen uso de los recursos sanitarios. Es difícil imaginar cómo se articulan actuaciones de contracción de la demanda en cirugía cardíaca, cirugía vascular, trasplantes, cirugía traumatológica, quemados, etc.

El segundo, es la dificultad de establecer criterios válidos para cuantificar los precios o tasas para la atención especializada, que sean coherentes con la finalidad atribuida al copago. Por ejemplo qué parte debería aportar el paciente en un procedimiento de alto coste.

Por último, el coste de transacción de las prestaciones hospitalarias. En hospitales de tercer nivel -por ejemplo el Hospital Universitario del Valle Hebrón- se facturan alrededor de 1,4 millones de prestaciones al año. Estas prestaciones se facturan al Servei Català de la Salut en trece facturas al año. No es difícil imaginar el incremento de gasto vinculado la creación y puesta en funcionamiento de una estructura administrativa capaz de realizar la facturación, la gestión y el seguimiento individual del cobro correspondiente a 1,4 millones de prestaciones anuales. Si estas prestaciones de alto coste quedan al margen del copago, no se podrá sostener que contribuirían más los pacientes que consumen más recursos.

Sin embargo, se puede aumentar el ingreso del sistema sanitario actuando en el ámbito fiscal sin generar incrementos de gastos, en este caso estrictamente burocrático, y destinar estos recursos a mejorar la gestión financiera de los proveedores de suministros al sistema sanitario.

Si además, establecer un copago en las consultas de atención primaria puede generar una derivación de las consultas en forma de un aumento de utilización de las urgencias (Nuria Más, 2011), el ámbito de incidencia del copago se reduce de tal forma que requiere un análisis de su oportunidad técnica y económica.

6) En julio, excepto en el País Vasco, se aplicó el nuevo copago farmacéutico, basado en aportaciones en función de la renta y para los pensionistas en el pago del 10% con límites de 8, 16 o 60 euros al mes excluyendo al mismo tiempo de la financiación pública a 456 fármacos. La elección de los fármacos excluidos, aparentemente no se realizó con criterios de racionalidad en la prescripción; el objetivo era lograr un ahorro de 440 M de euros e incidir en la eliminación de un supuesto mal uso de las prestaciones farmacéuticas. Esta medida que penaliza a los sectores sociales más vulnerables, ni siquiera se acompañó de los preceptivos estudios económicos y de impacto social, ni fueron consultados los profesionales del sector. Con este bagaje se activó un copago que ha afectado a 7,5 millones de pensionistas.

La prudencia antes aludida en relación con las medidas de copago, adquiere todo su sentido con las primeras evaluaciones del impacto del nuevo copago farmacéutico. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, el gasto farmacéutico en julio ha aumentado un 36,3% con relación al mes anterior y un 22,7% con relación al mismo mes de 2011. Siendo los precios de los medicamentos responsables de un tercio del incremento ha situado el IPC de julio en el 2,2%.

La realidad se convierte así en una especie de maldición para la tecnocracia neoliberal, instalada exclusivamente en las políticas pro cíclicas de ajuste fiscal que se basan en la imposición de recortes y de copagos, con los efectos de: reducción de consumo público y privado, reducción de la producción, aumento del desempleo, menos recaudación fiscal, más gasto público por protección del desempleo, etc. y volver a empezar.

La financiación del sistema sanitario por recursos fiscales dentro del ámbito estricto de una opción de carácter económico y se instala en el político porque se prioriza la equidad, la reducción de las desigualdades, y permite alcanzar una mayor justicia social.

EL RECORTE

En un hospital público un profesional llevaba una pegatina con el lema “Si nos recortan la salud, nos recortan la vida”.

En 2009 la lista de espera quirúrgica era de 364.844 pacientes para la totalidad del Sistema Nacional de Salud, había aumentado respecto a 2008 en 436 pacientes. El tiempo medio de espera era de 70 días, un día menos que en 2008, y el 5,65% de pacientes tenía una espera de más de 6 meses con una reducción del 2,56% respecto del año anterior.

En 2011, dos años después, en Catalunya, y después del recorte sanitario del Gobierno de la Generalitat, las listas de espera habían incrementado un 43% respecto al año anterior, ascendiendo a 80.540 pacientes a 31 de diciembre y el tiempo medio de espera había aumentado a 4,57 meses. Entre 2012 y 2014 el Gobierno Rajoy prevé un recorte adicional en sanidad y educación de 20.000 millones de euros, en el marco del recorte de 100.000 millones de euros previsto en el “Plan Bial de Estabilidad” presentado el 3 de agosto. Plan que ha merecido la calificación de “confuso, inexplicable e inexplicado” por Jesús Mota. Las preguntas son inevitables: ¿Cómo se recuperará? ¿Qué efectos tendrá sobre los pacientes? ¿Qué consecuencias futuras tendrá sobre el sistema sanitario público?

En Catalunya, según un informe de UGT, como consecuencia de los recortes aplicados por el Govern de la Generalitat y por el Gobierno del Estado, entre enero de 2011 y junio de 2012 el empleo público se ha reducido en 37.000 personas y en actividades sanitarias se ha pasado, en el mismo período, de un empleo de 157.404 a 149.637 personas, es decir una reducción de empleo del 4,94%.

Los recortes también afectan a la sanidad como sector productivo, y sus efectos repercuten en otros sectores productivos. Cabe destacar la importancia económica de este sector y de los posibles efectos consolidados de los recortes en sanidad. El sector sanitario ha crecido de forma continuada durante los últimos años. Según la OCDE en 1996 era el 7,46% del PIB en España, el 7,51% en la media de la UE(15) y el 8,29% en grupo formado por Bélgica, España, Francia e Italia. Proporción ha aumentado hasta situarse en 2010 en el 9,65%, el 9,71% y el 10,31% respectivamente.

El 4 de octubre de 2011, miembros de Juntas Clínicas de hospitales públicos del Institut Català de la Salut y la organización Metges de Catalunya, emitieron la siguiente declaración conjunta: “no estamos dispuestos a ser cómplices de un conjunto de medidas improvisadas y mal planificadas, dirigidas a conseguir un ahorro inmediato sin tener en cuenta las terribles consecuencias a medio y largo plazo en la cualidad de la asistencia y en la formación de los profesionales del futuro” y por esta razón reclamaban: “que se paren estas medidas que reducen la calidad y la excelencia de nuestros centros y busquen alternativas de financiación que sean viables y garanticen la sostenibilidad del sistema en el futuro”. Estas declaraciones insisten en una petición recurrente de reflexión sobre las medidas adoptadas, con participación de las Juntas Clínicas, las Juntas de Personal y los equipos directivos de los centros, más aún cuando se plantean actuaciones que afectan directamente a la calidad asistencial.

El regresivo sistema fiscal vigente y la existencia de un elevado fraude fiscal son dos cuestiones ineludibles para abordar la sostenibilidad del sistema sanitario y para contextualizar las propuestas de copago y los recortes sanitarios. Según el informe citado de GESTHA, el fraude fiscal de 2009 se estimó en 59.515 millones de euros, mientras que el gasto total en sanidad pública para el mismo año ascendió a 70.340 millones de euros. Los defraudadores a la hacienda pública son incumplidores de la responsabilidad individual de contribuir con sus impuestos a la sostenibilidad del sistema sanitario, pero sorprendentemente han sido premiados con una amnistía.

El aumento de la presión política y mediática para justificar la introducción de sistemas de copago, coincide temporalmente con los duros e injustos recortes en los recursos destinados a la sanidad pública y con el establecimiento de restricciones de acceso. El discurso del copago coadyuva a dotar de un entorno ideológico (Ferrater Mora, 1994) adecuado para justificar el progresivo desmantelamiento del Sistema Nacional de la Salud, que por otra parte, es simultáneo al gradual descenso en los últimos años de la proporción de la sanidad de financiación privada en el gasto sanitario total per cápita. Hay un intercambio de opiniones sobre la forma de aplicar los copagos, pero está ausente el debate sobre la conveniencia, la equidad y la justicia del copago, es decir, sobre la modificación del modelo sanitario.

Con acciones improvisadas y de dudosa eficacia se deteriora la imagen y la gestión de la sanidad pública y se culpabiliza a los pacientes y a los profesionales.

A los pacientes se les transmite el miedo a la pérdida de prestaciones y de calidad, a los profesionales se les carga directamente el déficit por la vía de la reducción de retribuciones y del empeoramiento de las condiciones de trabajo y de formación de profesionales. De esta forma se elude la responsabilidad de la dirección y la gobernabilidad de la sanidad pública y se enmascara la subfinanciación crónica de la sanidad pública en España.

Se ha avanzado en la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, pero queda indudablemente mucho trayecto por recorrer y en condiciones poco fáciles. Es preciso identificar ámbitos con posibilidad de mejora de la eficiencia. En el ya citado Segundo Informe Vilardell se destacan los siguientes ámbitos: la prestación farmacéutica y de productos

sanitarios, la gestión de recursos humanos y de sistemas de información, la gestión de los centros sanitarios, los niveles asistenciales y la racionalización y ordenación de dispositivos asistenciales.

En relación a la crisis, no es proporcionado un cambio en el modelo sanitario, pero es menos tolerable que se haga sin un amplio acuerdo político y la concertación social imprescindibles en temas de tanta transcendencia. Parecería que nos estemos deslizando hacia un nuevo sistema político con la lógica del “post” como dice Innerarity, citando a Baudillard: “cambios de época que no corresponden a un nuevo comienzo, en los que no hay una vinculación significativa entre pasado, presente y futuro”.

Con la reforma laboral y los recortes en sanidad y en educación, junto con el procedimiento utilizado para ello, nos estamos deslizando por un espantoso proceso de destrucción de los principios políticos, sociales y éticos que han sustentado nuestro sistema político.

5. A MODO DE CONCLUSION

1) La causa de la crisis no está en los supuestos abusos del sistema sanitario ni en el déficit público.

Es la crisis económica la que afecta a la salud de los ciudadanos y al sistema sanitario, no al revés.

2) La crisis aumenta las desigualdades sociales y en salud.

Por lo tanto, para reducir la desigualdad y mitigar las consecuencias sociales de la crisis económica, es irrenunciable mejorar y fortalecer el sistema sanitario público.

3) La crisis no puede ser un pretexto para dismantelar el sistema sanitario público. Los recortes improvisados y la indefinición del copago son el marco que ha utilizado la Ministra Mato para trocear el SNS en una sanidad privada para los ricos; una afiliación a la Seguridad Social para trabajadores y clases medias y la beneficencia para la población pobre.

a. El gasto sanitario per cápita en España en relación al de la UE es inferior al que nos correspondería según el nivel de nuestro PIB per cápita. Esta diferencia ha generado un déficit histórico de gasto sanitario, sin perspectivas de recuperación.

b. La infrafinanciación fiscal del sistema sanitario público, los recortes en sanidad y los posibles efectos negativos derivados de copagos pueden ampliar el déficit en gasto social y sanitario.

c. Los resultados del copago sobre la sostenibilidad del sistema son inciertos.

La certeza reside en su impacto negativo sobre la infancia, las personas mayores, la población con bajo nivel de renta y a la inmigración.

4) Entre 2004 y 2010 el gasto sanitario público per cápita aumento a un medio anual superior equivalente a 2,5 veces el crecimiento de la sanidad privada per cápita, pero todavía insuficiente para reducir el déficit de gasto social. Esta tendencia no es ajena a las propuestas de copago ni al contenido de las reformas activadas en el sistema sanitario público.

5) El discurso del copago coadyuva a dotar de una justificación ideológica a los proyectos de progresivo dismantelamiento del sistema público de salud.

6) No se trata de cambiar el actual modelo sanitario, sino de preservar y mejorar la eficiencia del SNS. Se trata de:

a. Reforzar la sanidad pública universal, redistributiva y de financiación fiscal.

b. Consolidar la referencia de excelencia sanitaria que ha sido, en muchos aspectos, el sistema sanitario español.

c. La participación y la implicación de los profesionales en la mejora continuada de la eficiencia y en reforzar y reinventar el valor de público.

7) Solo el marco del más amplio consenso político posible, la concertación social, y la participación ofrecen el marco democrático imprescindible para las reformas que deban aplicarse al SNS.

En un país en riesgo de una grave fractura social, el recorte de la sanidad y el copago sanitario no pueden estar en una agenda política sensata.

Emili Ferrer Inglés es economista

24 de agosto de 2012

Anexo 1

		Incremento Precios constantes	Incremento anual medio. Precios constantes (**)		% de España sobre la media Precios constantes			US\$ PPS/ habitante. Precios corrientes
		1996 a 2010	1996 a 2004	2004 a 2010	1996	2004	2010	2010
PIB por habitante	España	31,77%	2,80%	1,00%				31.887,9
	Media B, E, F, I (*)	24,17%	1,96%	1,08%	86,85%	92,81%	92,17%	33.901,8
	Media UE (17)	26,16%	1,99%	1,33%	87,58%	93,50%	91,48%	34.364,7
	Media OCDE	10,40%	0,60%	0,90%	78,20%	92,99%	93,34%	33.958,2
		1996 a 2007	1996 a 2004	2004 a 2007	1996	2004	2007	2007
Gasto social por habitante (Educación, sanidad y protección social)	España	42,43%	2,16%	4,84%				6.956,7
	Media B, E, F, I (*)	31,78%	1,85%	3,19%	74,91%	77,20%	80,96%	8.410,8
	Media UE (17)	24,15%	1,44%	2,88%	76,39%	82,81%	87,64%	7.839,1
	Media OCDE	20,35%	1,21%	2,25%	88,16%	96,77%	104,33%	6.593,1
		1996 a 2010	1996 a 2004	2004 a 2010	1996	2004	2010	2010
Gasto sanitario por habitante	España	70,34%	4,07%	3,73%				3.076,4
	Media B, E, F, I (*)	55,33%	2,65%	2,25%	78,56%	79,87%	86,15%	3.495,7
	Media UE (17)	63,08%	3,87%	3,86%	86,98%	88,21%	90,85%	3.338,3
	Media OCDE	54,18%	3,08%	3,88%	84,69%	91,10%	93,57%	3.268,2

Anexo 2

		Incremento Precios constantes	Incremento anual medio. Precios constantes (**)		% de España sobre la media Precios constantes			US\$ PPS/ habitante. Precios corrientes
		1996 a 2010	1996 a 2004	2004 a 2010	1996	2004	2010	2010
Gasto sanitario público por habitante	España	73,32%	3,70%	4,52%				2.265,1
	Media B, E, F, I (*)	56,98%	3,81%	3,11%	75,17%	74,37%	82,99%	2.671,2
	Media UE (17)	69,21%	3,59%	4,19%	91,80%	92,45%	94,03%	2.374,9
	Media OCDE	37,19%	2,22%	2,46%	77,36%	86,70%	97,73%	2.303,8
		1996 a 2010	1996 a 2004	2004 a 2010	1996	2004	2010	2010
Gasto sanitario privado por habitante	España	62,54%	5,00%	1,75%				811,3
	Media B, E, F, I (*)	62,54%	3,84%	2,21%	89,08%	96,94%	96,40%	824,5
	Media UE (17)	49,72%	4,65%	1,21%	76,48%	79,52%	83,02%	963,4
	Media OCDE	118,97%	6,08%	5,67%	112,65%	103,59%	83,62%	964,4

(*) Bélgica, España, Francia e Italia
 (*) Agrupación de países de la zona euro utilizada por: EEAG European Economic Advisory Group
 (**) Tabla de índices de la OCDE con base 2005
 Fuente: OCDE Health Data 2012 y elaboración propia

Referencias bibliográficas

2012. Ignacio Sotelo: "Reivindicación de la parresia". El País, 4 de junio de 2012. Parresia: "la calidad de la democracia griega que hoy más echo de menos es la parresia, que consiste en atreverse a decir todo lo que uno piensa, arriesgando desde el ridículo, al ninguneo de la opinión dominante, incluido el desprecio, cuando no el odio, de los poderosos. Bailar fuera del tiesto se paga siempre a un alto precio"
2012. Peter Martens: "Comment osent-ils?" (2012) Les Editions Aden. Bruxelles.
1966. Carlos Marx: "El Capital" (1894): Fondo de Cultura Económica. México, 1966 Vol. III Pág. 454 ss
1969. Frederich Engels: "Del socialismo utópico al socialismo científico" (1892) . Ricardo Aguilera editor, 1969.
2007. Paul Krugman: "The Conscience of a Liberal". New York Times. September 2007
2012. Josep Fontana. El País, 12 de junio de 2012 i "Más allá de la crisis". Conferencia. León, 8 de febrero 2012
2011. Joaquín Estefanía: "La economía del miedo" (2011); Galaxia Gutenberg, S.L.; Barcelona, 2011
- World Health Organization: "Constitution of World Health Organization". New York, 22 de julio de 1946
2008. World Health Organization: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva, World,
2008. CRDSS-E (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España) CRDSS-E: "Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España
2012. Ángel Puyol: "Ética, equidad y determinantes sociales de la salud". Gaceta Sanitaria 26(2) marzo-abril 2012.
2012. Joan Benach: "La reforma laboral perjudica gravemente la salud". El País, 30 de abril de 2012
- UNICEF: informe "Infancia en España 2012-2013".
2012. "Desmantelamiento del modelo de inserción de discapacitados". El País, 22 de mayo de 2012
- Urbanos, Rosa "Desigualdades sociales en salud. Malos tiempos para la lírica" Gaceta Sanitaria 26(2) marzo-abril
2012. Emilio Lledó: Entrevista en el programa "Singulars" de TV3 Televisión de Catalunya. 19 de junio de

- 2012.
15. 2012. Anna Maria Moix: "Tirar la primera piedra". El País, 31 de mayo de 2012.
16. 1986. Stiglitz, Joseph E. : "La economía del sector público" (1986). Antoni Bosch, editor, S.A. BCN 1995. 11. La Sanidad.
17. 2012. Vicenç Navarro: "El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública". Gaceta Sanitaria; 26(2) Marzo-Abril 2012
18. 1994. José Ferrater Mora (1941) : "Diccionario de Filosofía. Circulo de Lectores. Concepción engeliana de la ideología.
19. OCDE Health Data 2012
20. PPS es la abreviación de "Purchasing Power Standard" : una unidad de valor artificial con la cual se puede comprar la misma cantidad de bienes y servicios en cada uno de los países.
21. 2009. GESTHA. Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda: "El fraude en grandes empresas triplica al de pymes y autónomos". 9 de agosto de 2009. Fraude fiscal estimado en 59,5 M€ (71,77% de grandes corporaciones y empresas con facturación superior a 6M€, 17,05% de Pymes, 8,59% de autónomos y 2,59% de otros defraudadores). 2009. MSPS, EGSP. Gasto público en sanidad 2009: 70,3 M€
22. 2010. Segundo Informe Vilardell: "Segon document marc del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la
23. Despesa Sanitaria. 2010.
24. Carácter no homogéneo de las series estadísticas. El System of Health Accounts (SHA) de l'OCDE incluye como Las últimas estimaciones para Catalunya están referidas a 2007: Argenter, Alvarez, Martinez y Vidal "La salut coma sector econòmic de Catalunya". Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Servei Català de la Salut. Octubre de 2010.
25. 2012. "Estadística de Gasto Sanitario Público". Ministerio de Sanidad y Política Social. a sector econòmic de Catalunya" Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Departament de Salut. Servei Català de la Salut. Octubre de 2010.
26. 2012. Manuel Peiró, y Joan Barrubés: "Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario". Revista Española de Cardiología. 2012:65 (7)
27. 2012: Jaume Puig-Junoy, Jaume: "III Jornades de Farmaeconomia" Servei Català de la Salut y Associació de Economía de la Salut. Barcelona, 7 de marzo de 2012
28. 2011. Guillem López Casanovas: "Crisis económica y derecho a la protección de la salud: el uso de los medicamentos". Fundació Victor Grifos i Lucas y Fundación Pharmaceutical Care. Universidad de Alcalá de Henares, 11 y 12 de abril de 2011.
29. 2011, enero: Discurso de Boi Ruiz, Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, en el Palau de la Música, con motivo de la
30. 2011, 14 de enero: Diari AVUI
31. 2011, 26 de mayo: Conferencia del Conseller Boi Ruiz en ESADE.
32. 2011, 25 de octubre: Agencia Efe i ARA.CAT.
33. No consta ninguna acepción de la palabra "copago" en el "Diccionario de uso del español. María Moliner",
34. 2012. Jpoan Benach, Gemma Tarafa, y Carles Muntaner: "El copago sanitario y la desigualdad, ciencia o política". Gaceta Sanitaria.
35. 2009. Jaume Puig-Junoy: "La necessària responsabilitat financera individual en Sanitat". Annals de Medicina: Volum 92, Número 2.
36. 2012. Rodriguez, Marisol i Puig-Junoy, Jaume: "Por qué hay que temer al copago". Gaceta Sanitaria (SESPAS) nº 1 vol 26 GEN-FEB
37. 1986. Joseph E. Stiglitz: "Economía del Sector Público". Antonio Bosch, editor. Barcelona, 1995
38. 2011. Nuria Mas. Ut supra
39. 2011. Nuria Nuri, Laia Cirera, y Guillem Viñolas: "Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá
40. 2012. Vicenç Navarro: "El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública". Gaceta Sanitaria. 2012;
41. 2012. Joan Benach, et al. ut supra. 2011. Marciano Sanchez Bayle, S. Elvra Llopis, Luís Palomo: "Copago sanitario: ¿Eficiencia o negocio?". Fundación 1º de Mayo.
42. 2011, 14 de enero: Diari AVUI
43. 2011. Nuria Más. Entrevista en Diario Médico. 24 de octubre de 2011
44. 2012, 3 de mayo, EL País: Andreu Mas-Colell "Una política insuficiente"
2009. Boi Ruiz: "El copagament: un debat parcial". Annals de Medicina. Juny 2009. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut 2012. Joan Benach, et al. ut supra y Kathleen N. Lohr, Robert H. Brook, Caren J. Kamberg, George A. Golberg, Arteen Leibowitz.
2010. AN Trivedi, H. Moloo, V. Mor: "Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly Persons".
2011. OECD: "Help Wanted? : Providing and Paying for Long-Term Care".

45. 2010. Trivedi, AN; Moloo, H; Mor, V. : ut supra

46. 2010. UGT: "Valoración de UGT sobre la lista de espera quirúrgica en el SNS. Datos de diciembre de 2009". UGT-CEC. Secretaria de Política Sindical.

2012. Jesus Mota: "Austeridad desde el parvulario". El País. 22 de agosto de 2012

2013. Unió General de Treballadors de Catalunya: "Informe: la reforma laboral fa disparar l'atur de llarga durada".

UGT Catalunya. Agosto 2012

2013. El sistema Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) del Ministerio de Sanidad (MSPS)

47. 1994. José Ferrater Mora (1941) : "Diccionario de Filosofía". Ut supra

48. 2009. Daniel Innearity: "El futuro y sus enemigos". Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Manifiesto de ECONOMISTAS FRENTE A LA CRISIS

EL ESTADO DEL BIENESTAR ES LA PROPUESTA DE EUROPA PARA EL MUNDO

El Estado del Bienestar es la propuesta de la Unión Europea para el mundo. Sin esa propuesta la democracia perdería profundidad y, seguramente, también la Unión perdería parte de su sentido. Y para poder mantener esa propuesta los **economistas** tenemos que impulsar las reformas que sean necesarias para mantener el pulso de nuestra economía. Continuamente oímos que nuestra economía necesita más mercado y reformas estructurales. Y sí, sin duda lo necesita. Pero tenemos también la obligación de impedir que nuestro lenguaje sea tergiversado con palabras y conceptos que manipulan el pensamiento económico que nuestros maestros nos han transmitido, que nuestra experiencia como profesionales de la economía nos ha enseñado.

Por esta razón, los **economistas** debemos rescatar del lodo en el que están siendo ahogados, desde las instancias más conservadoras, los conceptos, entre otros muchos, de mercado y de reforma estructural. Con toda energía debemos **afirmar que reestructurar no es desregular y que las reformas estructurales no pueden ser las reformas laborales que se anuncian, conducentes a diluir los derechos de los trabajadores**. Los **economistas** –fundamentalmente nuestros jóvenes **economistas**- deben saber que reformar y desregular no son sinónimos y que no pocas reformas estructurales son necesarias antes que las que sólo pretenden la flexibilización del mercado laboral a través de la desregulación y la precarización. Combatir la torre de babel en la que nos sumen poderosos intereses empieza a ser para los **economistas** tarea imprescindible si no queremos que nos arranquen las palabras, que nos dejen mudos.

Y por eso los **economistas** debemos declarar que no son los mercados los responsables de la **crisis**. **Los responsables son los No mercados**, en los que las barreras de entrada y de salida son infranqueables, en los que la información es privilegio de pocos, en los que la concentración oligopolística adquiere mayor poder que el gobierno de los ciudadanos. Y en esta situación son los gobiernos los que deben intervenir para impedir que los **No mercados** gobiernen por encima de los intereses generales. Se trata, al fin, de que los mercados funcionen aunque para ello necesiten las muletas del Estado, de la regulación o, simplemente, de la pura intervención pública para evitar las ineficiencias asociadas a las imperfecciones.

Mercados y regulación no son incompatibles sino expresión de una misma cosa. Liberalización y regulación son conceptos complementarios, inseparables, porque los requisitos que los **economistas** hemos formulado para que los mercados aporten eficiencia al progreso y al bienestar sólo están presentes, cuando lo están, de manera imperfecta, y en ocasiones en sectores económicos de alcance sistémico con resultados letales para el bienestar. O en el progreso y en la riqueza estamos todos, o ni el progreso existirá ni la riqueza interesará a nadie más que a sus poseedores. Tampoco interesarían las instituciones ni el Estado. **La sociedad devendría una sociedad dual. Esta no es la propuesta de la Unión Europea ni a sus ciudadanos ni al mundo.**

Economistas Frente a la Crisis señaló, en su primer **manifiesto**, que el primer objetivo de toda política económica es perseguir la máxima utilización de los recursos productivos disponibles y, entre ellos y en primer lugar, del empleo. Hoy ya se solicitan desde instancias relevantes funciones para el BCE más cercanas a las que detenta el Banco de Inglaterra o la Reserva Federal. No sólo la estabilidad de precios, también el empleo y el crecimiento debiera ser una responsabilidad compartida por todas las instituciones de la Unión, con el BCE a la cabeza. Pero el “*nuevo pacto presupuestario*” y las “*herramientas de estabilización*” acordados el 9 de diciembre de 2011 por los Jefes de Estado y de Gobierno de la Zona Euro, agudizarán la **crisis**. **No estamos ante un problema de inflación sino de estancamiento originado por la imposición de rápidas reducciones del déficit público**. Pero estos acuerdos no son el resultado de un mal diagnóstico de los gobiernos, las instituciones y Alemania disponen, sin duda, de competentes **economistas**- sino de la nueva concepción de Europa que el gobierno alemán, conservador y nacionalista, está logrando imponer. Siempre hemos insistido en la necesidad de avanzar hacia una gobernanza europea común de la Unión **frente** al sesgo insolidario de esa gobernanza.

Economistas Frente a la Crisis calificó de artera la utilización de la austeridad y de la estabilidad presupuestaria como argumento para debilitar la prestación de servicios básicos como la educación y la sanidad y señaló el sin sentido de políticas procíclicas y contractivas en un contexto en el que los problemas se centran en torno al paro y al estancamiento y no a la inflación. Austeridad siempre. Derroche o despilfarro nunca. **Pero austeridad no es déficit cero**. Es eficiencia en la inversión y en el gasto. Para ello se deberán establecer metodologías públicas para una **declaración del impacto económico** de las decisiones correspondientes y condicionarlas al retorno económico y social que las justifique. Así la austeridad quedaría justificada en la eficiencia de la gestión pública del gasto y de la inversión y no caería bajo la manipulación de lo que **no es más que una campaña ideológica subliminal**.

Ahora, sin complejos –como tampoco los tuvimos antes- debemos decir que las reformas estructurales son necesarias para restaurar la operatividad de los mercados, aumentar la productividad del trabajo y la competitividad de la economía. Pero no son las que desde las instituciones europeas nos llegan. Desde este **manifiesto**, ponemos algunas propuestas sobre la mesa del debate:

1- De las reformas laborales y la Gobernanza Corporativa. La productividad del trabajo no sólo depende de las reformas laborales que deberán ser abordadas desde el consenso entre los agentes sociales, sino también, y de manera

determinante, de la organización del trabajo, de la capacidad de innovación, del stock de capital de las empresas y de los acuerdos de la gestión empresarial que se desenvuelve, irremediablemente, en el contexto de la globalización. Los sindicatos no pueden ser ajenos a estas cuestiones –y no deberán serlo: es clara la relación directa entre mayor productividad y mayores derechos de negociación- pero implican, en primer lugar, a los empresarios y a quienes ejercen esa función. La mayor parte de responsabilidad sobre la velocidad de crecimiento de la productividad corresponde a los que pueden tomar las decisiones sobre el cambio tecnológico y la inversión en la empresa. Las reformas laborales que puedan ser acometidas no pueden ignorar esta cuestión crucial, casi siempre ignorada.

Considerar el factor trabajo y los salarios sólo como un coste variable que pueda ajustarse, sin más, a la marcha de los negocios, según convenga a los márgenes pre asignados a los capitales invertidos y a las altas remuneraciones de los ejecutivos y de los administradores, es el mayor incentivo que una reforma puede conceder a la ineficiencia y a la irresponsabilidad o impericia de los empresarios en relación con la organización del trabajo, la innovación y la gestión industrial, comercial y financiera. El salario es la base de la demanda agregada de la economía y el único ingreso de la mayoría de los trabajadores para atender a sus necesidades vitales. Poner el acento de las reformas laborales exclusivamente en la contención salarial y en la austeridad no contribuirá a la recuperación de las economías europeas. Sólo a la agudización y prolongación de la **crisis**.

Toda reforma laboral que pretenda el calificativo de estructural, debiera centrar sus preocupaciones en la regulación de la gobernanza corporativa y en la organización del trabajo en las empresas. El control de las retribuciones de los ejecutivos, el destino de los beneficios empresariales y la creación de servicios y auditorías laborales conducentes al aumento de la productividad de los factores, deben constituir ejes de las reformas laborales y corporativas. Como primer y tímido paso en la buena dirección: la conversión en contratos indefinidos de los contratos temporales encadenados que mantienen las administraciones en la enseñanza y en la sanidad. Y estos no son los contratos indefinidos con un año de prueba.

Las propuestas que se están poniendo sobre la mesa, tendentes a desmembrar las negociaciones de los convenios laborales, no buscan tanto la eficiencia del mercado de trabajo y la recuperación del empleo, sino el debilitamiento de la fuerza sindical de los trabajadores, seguramente el último reducto que queda para contener el deterioro del estado del bienestar. Thatcher en la memoria: reducir primero el poder sindical para encoger después el Estado del Bienestar.

2- Del Sistema Financiero. La dación de los activos inmobiliarios de particulares y promotores en pago de las deudas que garantizan, provocaría elevadas pérdidas a la banca española. Esta es la demostración de que detrás de la burbuja inmobiliaria están los pulmones de la banca española y centro europea que han hinchado el globo por encima de valores prudentes. El diferencial de costes entre los recursos pasivos y activos de la banca, unido a sistemas de incentivos que premian los beneficios sin relación con el riesgo, está en los fundamentos de la especulación sobre el valor del suelo y de la cultura del ladrillo que ahora nos amenaza a todos con el abismo de las restricciones del crédito e, incluso, de las quiebras bancarias.

El interés general exige el rescate de la banca. ¿Pero qué rescate? ¿Banco bueno o banco malo? El crédito debe volver a fluir y sólo el desapalancamiento de la banca, con la restauración de sus ratios de solvencia, podrá restablecer su función en la economía, imprescindible porque es sistémica. Al Estado le corresponde lograr urgentemente y de manera imperativa ese restablecimiento. ¿Sacamos de los bancos sus activos contablemente inflados o tóxicos para ubicarlos en bancos malos en los que las aportaciones públicas cubran los agujeros y el relajamiento de las normas contables lamine en el tiempo su impacto? Si hiciéramos tal cosa estaríamos amnistiando la irresponsabilidad que ha incentivado prácticas financieras no ajenas a la generación de esta **crisis**. Los activos tóxicos deben sacarse, seguramente de los balances de los bancos, pero los rescates públicos deben tomar las posiciones que les correspondan en el capital y en la administración de los bancos rescatados.

La contabilidad debe recuperar su prestigio y lo que vale menos debe tener su reflejo en los balances de los bancos. Eso es información y transparencia, ambas imprescindibles para la recuperación de la confianza en las instituciones. Dar visibilidad a los agujeros allá donde se hallen permitirá a los accionistas y a las administraciones exigir las responsabilidades que correspondan a los gestores y a los reguladores. Y permitirá que las pérdidas, si existieran, sean asumidas por un accionariado indiferente al cortoplacismo y complaciente con sus gestores. El Estado se sentaría en los Consejos de Administración para garantizar la recuperación de aquellos fondos preferentes que, en defensa del interés de los ciudadanos, hayan tenido que ser aportados desde los fondos fiscales. El Estado deberá garantizar, por todos los medios, el desapalancamiento de la banca para restaurar los flujos del crédito. **Pero bancos malos no. Sólo son la solución de los malos banqueros.** No olvidemos que el *banco malo* es una forma de socialización de pérdidas privadas con su conversión en deuda pública, si ese banco malo fuera tan sólo un almacén de activos tóxicos.

Esta es la reforma estructural que necesita la banca para que el crédito fluya. Inspección, regulación y recapitalización. La desregulación hasta aquí nos ha traído. Su trayecto ha llegado ya al final.

3- Del sistema fiscal. Los adjetivos que apellidan los grandes conceptos de la construcción europea son casi siempre sospechosos: “*nuestro objetivo es un estado del bienestar sostenible*”. Sostenible. Otra palabra manipulada que esconde una propuesta de estado de bienestar de menor calidad, con menor coste. Con menor coste para no tener que acometer la reforma fiscal que necesita España para acercar su presión fiscal a la media de los países de la Unión que encabezan las

prestaciones sociales, la calidad de su educación y sanidad, los esfuerzos en investigación, la protección a los dependientes, la defensa del medioambiente, los equilibrios territoriales, el bienestar de sus jubilados, el mayor crecimiento económico, la mayor renta de sus ciudadanos.

Revisar el Impuesto de Sociedades para acercar su tipo real a su tipo nominal, el primero entre los más bajos de la Unión, el **segundo** entre los más altos; reforzar los recursos de la Inspección de Hacienda sobre las grandes compañías y *ciertas actividades profesionales*, responsables de la mayor parte del fraude; incentivar fiscalmente la creación de nuevas empresas y la contratación de los primeros empleos; restaurar la progresividad del impuesto sobre la renta e igualar la presión sobre las rentas del capital a la que soportan las rentas del trabajo, implantar un impuesto sobre las grandes fortunas, constituyen, todo ello, algunos de los ejes sobre los que debiera pivotar una reforma estructural de nuestro sistema fiscal.

Los déficits fiscales continuos, con un comportamiento autista respecto al ciclo económico, son letales para la sostenibilidad de la deuda pública y conducen a la catástrofe. Pero es completamente ilusorio y carece de fundamento científico solvente basar la eficiencia fiscal en la reducción de la presión fiscal. El dinero no siempre está mejor en manos de los individuos si el estado del bienestar es la propuesta de Europa para el mundo y el soporte de la convivencia social en un Estado democrático. Una gestión contracíclica del saldo presupuestario necesita una capacidad recaudatoria que pueda responder a las **crisis** con un aumento del gasto para limitar el aumento del déficit y el deterioro de la deuda a cotas insostenibles. De otra manera reduciríamos el Estado a mero administrador de sus ingresos y gastos corrientes; transferiríamos al sector privado un inmenso negocio sobre las pensiones, la sanidad, la educación, las infraestructuras... Tal vez sea esta la explicación que nos falta para comprender la trastienda de una política económica que nos dejaría de parecer contraria al sentido común para parecernos contraria al interés general.

4- De la Gobernanza Europea. La **crisis** de deuda soberana que sufre Europa, se ha agravado en los últimos meses debido a la política contractiva impuesta desde la mayoría conservadora que gobierna las instituciones de la Unión Europea, el Partido Popular Europeo, bajo el desvirtuado eslogan de la austeridad. El planteamiento de la necesaria consolidación fiscal en plazos muy restrictivos y sin discriminar entre las dispares estructuras de la deuda total que presentan los Estados miembros, ha acentuado la situación de estancamiento de la eurozona, particularmente de España, comprometiendo la recuperación de los ingresos fiscales que serían necesarios para no deteriorar la solvencia del Estado.

Las posiciones mantenidas por Alemania no están contribuyendo, de ningún modo, a la mayor gobernanza económica de la zona euro. Muy al contrario, Alemania mantiene posiciones contrarias a la integración fiscal de la zona en tres aspectos clave: (1) la ampliación del mandato del BCE para que asuma un papel activo en relación con el crecimiento y el empleo, ahora limitado a la estabilidad de precios; (2) la consolidación del mecanismo europeo de rescate ante **crisis** financieras, y (3) la mutualización del riesgo a través de los eurobonos. Estas cuestiones, constituyen, en el momento actual, las que de manera urgente debieran ser abordadas en el camino hacia “una mayor gobernanza económica de la zona euro”. En cualquier caso ya es dramáticamente **urgente que el BCE se convierta en un cortafuegos creíble frente** al deterioro de las deudas soberanas.

El problema de la deuda española reside en el elevado endeudamiento privado, no en el volumen de la deuda pública que presenta sobre el PIB uno de los mejores ratios de la eurozona. Y es, precisamente, la rápida consolidación fiscal la que no contribuye como debiera, desde el gasto público, a los estímulos expansivos que necesitan los deudores privados para hacer **frente**, en menor tiempo y con menores dificultades, a sus compromisos financieros. Por consiguiente, de **la llamada austeridad no sólo sufren los ingresos del Estado y los servicios esenciales que configuran el estado del bienestar. Sufre la economía en su conjunto, las empresas y el empleo.**

La constitucionalización del principio de estabilidad presupuestaria que dará cobertura a la gestión del saldo presupuestario mediante una regla automática, carece de argumentos económicos consistentes y su explicación sólo puede buscarse en motivos de naturaleza política relacionados con un gran chantaje: a cambio de controlar la “hemorragia” de nuestra deuda, la *jibarización* de nuestro Estado. Es la imposición vicaria de un BCE cada vez más ajeno a las necesidades de los Estados. Los intereses generales no pueden dejarse abandonados a “**reglas de oro**”, recetas ya inservibles que la realidad de la **crisis** refuta, y que esconden, con el recurso a **automatismos supuestamente técnicos**, desconfianza en la propia democracia.

Una reforma estructural de la Gobernanza Europea, que confiera al Parlamento Europeo la capacidad de elegir el gobierno de las instituciones europeas, es el único principio que podría legitimar las decisiones que emanen de la Unión Europea.

5- De la energía. La energía y su suministro, como el dinero y los servicios financieros, es un bien y un servicio que impregna todas las actividades de los individuos y de las empresas. Incluso en algunos sectores productivos su coste es superior al coste del trabajo. Su regulación es, por consiguiente, esencial para que el impacto de su coste y de su calidad contribuya a la competitividad de la economía.

En España estamos muy lejos de esa contribución. Una profunda reforma estructural debe conducir los precios que pagan los consumidores a los costes reales y justificados de su producción, de su abastecimiento y de su suministro. Esto es especialmente cierto para la electricidad cuyo mercado solo alcanza a revelar los costes de la producción de mayor coste que cubre la última unidad de electricidad consumida **generando beneficios injustificados** (incompatibles con el interés general) **en segmentos que escapan a los mercados y a la competencia**, tales son las grandes concesiones hidroeléctricas

y las centrales nucleares. Y es especialmente cierto también, porque la electricidad es el principal vector energético que puede permitir el **aprovechamiento masivo de recursos autóctonos renovables**, cuestión no sólo clave para la gestión de la mayor amenaza que gravita sobre nuestro Planeta –el Cambio Climático- sino también para alcanzar, en el medio plazo, la mayor contribución a la competitividad de nuestra economía que pueda imaginarse: independencia energética, innovación, creación de empleo, mejora de nuestra balanza de pagos, contención de la contaminación medioambiental inherente al crecimiento económico, y **disminución de costes para las familias y las empresas**. Para ello, tan profunda tendrá que ser la reforma estructural necesaria que la regulación de la energía deberá partir desde cero. Naturalmente todo ello sin menoscabo de la seguridad jurídica y de la confianza legítima que debe presidir toda reforma en defensa de los ciudadanos, las empresas, las instituciones y el Estado de Derecho.

Las reformas que se acometan deben poner las bases para garantizar la corrección de la creciente desigualdad que se está imponiendo en los Estados de la Unión Europea. Europa es su Estado del Bienestar. Su retroceso, pondría en cuestión el propio proyecto de la integración europea.

Los abajo firmantes, porque consideramos que los **economistas** tenemos la obligación de devolver a la sociedad los conocimientos que la sociedad nos ha permitido adquirir, hacemos un llamamiento a los **economistas** y a todos los ciudadanos que compartan nuestras preocupaciones para que contribuyan, desde el debate, a una salida progresista a la **crisis**. Necesitamos más mercado y más reformas estructurales, pero no las que están imponiéndose. Esas son las de siempre, las que nos trajeron hasta esta **crisis**. Por ello, **Economistas Frente a la Crisis**, abierto a todos los **economistas** y ciudadanos que compartan nuestra preocupación, seguirá estando presente aportando sus análisis y sus propuestas. En juego está el Estado del Bienestar, la Europa del progreso.

Firma abierta a todos los ciudadanos

*Firma y difunde nuestro **Manifiesto** y siguenos en twitter*

Primeros firmantes:

Jorge Fabra Utray	Economista y Doctor en Derecho
Juan I. Bartolomé Gironella	Economista
Concha Toquero	Economista y Tec. de la Admón Civil
Mariano Nava Calvo	Economista
Francisco Fernandez Montes	Economista
Carlos San Juan Mesonada	Economista. Catedrático J. Monet UCIIM
Julio Rodríguez Lopéz	Economista. Doct. en Economía. Estadist. INE
Jorge Fabra Portela	Economista. Economista del Estado
Jose Luis Jimenez	Economista
Juan I. Palacio Morena	Economista. Catedrat. Economía Aplicada UCLM
Lola Grandal	Economista. Prof. Titular Economía UCM
Eduardo Moreno	Economista
Mauro Lozano	Economista
José Moisés Martín	Economista
Francisco Linde Castro	Economista
Antonio Gutierrez Vegara	Economista
Juan José Azcona	Economista
Alfonso Prieto	Economista
Ricardo Lovelace	Economista
Alejandro Inurrieta	Economista
Mercedes Puelles	Economista
Natalia Fabra	Economista. Prof. Titular Economía UCIIM
Gerardo Novales	Ingeniero Industrial y Economista
Bruno Estrada	Economista
Eduardo Gutierrez Benito	Economista
Alfonso Alarcón	Economista
Isabel Figuerola-Ferreti	Economista Prof. Visit. E. de la Empresa UCIIM

Antonio González González Economista
Enrique Benedicto Economista
Cristina Norbona Ruiz Economista. Dra. En Economía.

Firma abierta a todos los ciudadanos

Siguen firmas

<u>Apellidos</u>	<u>Nombre</u>	<u>Profesión</u>
Abella Mardones	David	Economista
Abellán Vázquez	Antonio	Economista
Abraldes Rois	Fernando	Economista
Acera Gonzalez	Audaz	Economista
Acosta Guerra	Guillermo	Médico
Agabo Mateos	José Joaquín	Economista
Aguado Aguilar	Nazario	Profesor
Aguado Izquierdo	Jose Luis	Economista
Aguado Sebastián	Saturnino	Profesor Universidad UAH
Aguilera Nieves	Antonio	Economista
Aguirre Rodriguez-Portugués	Francisco Javier	Contable
Agujetas Medrano	Julio	Biólogo marino
Agustín Vicente	M ^a Esther	Enfermera
Alarcó Ubach	Pino	Admisiones IE University
Alemán Berenguer	Rafael Andrés	Profesor
Aliaga Huguet	Jaume	Empleado de Banca
Aliende Urtasun	Ana	Profesora Universitaria
Alonso Alonso	Jorge	Técnico electrónico
Alonso Montes	David	Economista
Alonso Pérez	Estrella	Economista
Alonso Soria	Felix Juan	Funcionario
Alvarez Areces	Miguel Angel	Economista
Álvarez Dominguez	Lino	Gerente PYME
Amar Benet	Jorge	Economista
Amaro Aguilar	Maria Concepción	Economista
Andrade Cadelario	Ramón	Químico
Andrés Rodríguez	Luis Miguel	Economista
Andrés González	Bernardo	Ingeniero Técnico
Andrino Martín	Miguel	Jubilado
Andújar Navarro	Inocente	Agricultor, economista, profesor asociado de la UC3M
Antolínez Caballero	Esteban	Economista
Aragonés	Angel	Diseñador
Aramburu Delgado	Victoria	Economista
Arango Fernández	Jesús	Doctor en Economía
Ares Vázquez	Miguel	Programador web
Argelés Fernández	Emilio	Economista
Arizaga Alvarez	Jose Manuel	Economista
Arizaga Alvarez	José Manuel	Economista
Arjonilla	Sergio	Profesor
Arranz González	Eva María	Socióloga
Arriazu Ruiz	Pablo	Estudiante
Arriba Escolá	Miguel	Economista
Arroyo	Juan Antonio	Economista. Director banca empresas

Asencio García	José Luis	Asesoría Política
Asensio Bazterra	José Ignacio	Economista
Asensio Bazterra	Jose Ignacio	Economista
Aymerich Muñoz	José Ignacio	Economista y Abogado
Ayuso Hijosa	Gonzalo	Periodista
Aznar Escrig	Federic	Jubilado
Azurza Aristegieta	Miren	Periodista
Baiges Planas	Siscu	Periodista
Baiges Planas	Siscu	Periodista
Ballester Visiedo	Ángel	Analista de Sistemas
Ballesteros Moriñigo	Luis Jesús	Economista
Balué Martín	Ángeles	Técnico en entidad financiera
Bandeira Figueroa	Diego	Estudiante
Barahona Riber	Alejandro	Economista
Barga Diaz	José Eduardo	Economista
Barone Cobos	Charo	Economista
Barragán Moriana	Manuel	Doctor en Economía. Profesor de Economía y Matemáticas
Barreto Arizmendi	Jon	
Barriga Martín	Luis Alberto	Trabajador Social
Barroso Ribal	Cristino	Sociólogo
Barruelo de Santullán	Francisco Javier	Investigador
Bartolome Fornies	Carlos	
Belloso	Concepción	Funcionaria AEAT
Benesiu Santamaria	Juan Carlos	Informático
Benitez Boned	Víctor	Economista
Benítez Boned	Víctor	Economista
Benito Lechuga	Francisco	Pedagogo
Beriso Gómez-Escalonilla	Angeles	Empresaria
Bermúdez San Miguel	María Elena	Empleada de banca
Bernal Arriaza	Antonio	Técnico de la Administración Local
Bernardez Gómez	Rubén	Asesor Laboral
Bertos Molina	Gabriel	Electricista
Blanco Rodero	Anunciaión	Economista
Blanco Rodero	Anunciación	Economista
Blanco, Elena	Elena	Estudiante Economía UAM
Blasco Troncho	Ricardo	Ingeniero Industrial
Bocanegra Martínez	Antonio	Trabajador social
Borras Llop	Montserrat	Psicóloga
Bosch Caballero	Maria del Carmen	Profesora de inglés. ULPGC
Bosch Puig	Ramón	Jubilado
Boto Lorca	Eduardo	Funcionario
Braña Pino	Francisco Javier	Economista. Profesor Universidad USAL
Bricio Muñoz	Miguel Ángel	Ingeniero Superior de Telecomunicaciones
Burgos	Miguel	Funcionario
Bustillo Tejedor	Luis	Notario
Bustillo Caamaño	Francisco	Economista
Caamaño Alonso de Mora	Francisco	Economista
Caamaño Villar	Manuel Francisco	Economista
Caballero Antolinez	Esteban	Profesor de Economía
Cabello Guijarro	Tomás Alejandro	Jubilado

Cacicedo Egües,	Yolanda	Médico
Calderon	Santiago	Economista
Calvo Bellido	Ricardo	Economista
Campillo Quevedo	Asunción	Economista
Campo Morentin	Miguel	Economista
Campos	María	Economista. Profesora Titular UCM
Campos	Maria	Economista. Prof. Titular UCM
Campos	María	Economista. Prof Titular UCM
Camus Soriano	Virtu	Economista
Cantos Acosta	María Dolores	Formadora
Caraballo Leal	Leonel	Economista
Cárdenas Vizcaíno	Tomás	Ingeniero
Carranza Perera	Laura	Empleada de Banca
Carreño	Mercedes	Economista
Carretero Mayor	María	
Carrillo Álvarez	José María	Vulvanólogo
Carvajal Pereira	Rafael	Economista
Carvajal Aceval	Rocío	
Casa Mera	Elena	Economista
Casal Mera	Elena	Economista
Casanova García	Ana	Funcionaria Técnico Superior Comunidad de Madrid
Castan Sanclemente	Antonio	Diplomado Social
Castañeda Gómez	Alfredo	Economista
Castaño Lopez	Juan	Psicólogo
Castelló	Toni	Biólogo
Castello Santonja	José	Fabricante
Castillo Vilchez	Antonio	Empleado de Banca
Castrillo	Carmen	
Castro-Gil Amigo	Juan	Abogado
Catalán García	Pablo Salvador	Investigador
Catalina Celaya	Juan Antonio	Economista
Centeno Velázquez	Pedro	Profesor
Cereceda Babé	Luís María	Economista
Cervera Fonfria	Francisco	Economista
César Muñoz	Antonio	Trabajador Público
Chacon Cruz	José	Enfermero
Chelle Navarro	Juan	Técnico Contable
Chicano Vicente	José Juan	Bioquímico
Chicano Vicente	José Juan	Bioquímico
Cifuentes Pérez-Mundiña	Miguel Angel	Periodista
Clavero	Sara	Politóloga
Clavero, Sara. Politóloga	Sara	Politóloga
Cobo Monge	Blanca	Economista y Lda. Administración de Empresas
Cobos Moreno	José Andrés	Jubilado
Codes Zafra	Julia	Economista
Coello Martín	Santiago	Economista. Director de Gestión de la Fundación Ecología y Desarrollo
Colino Sueiras	José	Economista
Collantes Cabra	Alfonso José	Economista
Colón Rosado	Francisco	Matemático

Conde Durán	Miguel	Maestro
Conde Sanchez	María José	Economista
Cordero Sanz	Carlos	Economista
Córdoba Romero	Pilar	Ama de casa
Corominas Masip	Joan	Ingeniero Agrónomo
Corral Rodriguez	Inés	Economista
Cortés	Gonzalo	Economista
Cortes Martin	Antonio Francisco	Contable
Coterillo Marcos	Alberto Manuel	Obrero Industria Química
Crespo Benito	Ana María	
Cruz Miravet	Luis	Sociólogo
Cruz Padilla	Juan Jesús	Conductor camión
Cubillos	Helber	Ingeniero
Cuenca Barranco	Tomás Josep	Analista Funcional
Cuerda Montoya	José Ángel	Abogado
Cuesta Pera	Julio	Economista
Cuevas Lasarte	Esteban	Ingeniero Informático
Cusso Montane	Jordi	Economista
Dañoveitia García	Araceli	Administrativa
Davila Diaz	Gregorio	Economista
de Berasategui Alburquerque	Álvaro	Maestro
de Alba Carballo	Manuel	Funcionario Admón. Local
de Blas Gómez	Reyes	Economista
de Castro Bermejo	José Luis	Funcionario
de Castro Bermejo	José Luis	Funcionario
De Castro Sanz	Marcos	Psicólogo Industrial
De Hita Moreno	Carmen	Ingeniero industrial
de la Encarnación Gomez	Julia	Licenciada en derecho
de la fuente O'Connor	Jose Luis	Ingeniero Industrial
de la Nuez Aránega	Felipe	Comercial
de la Puerta	Enrique	ADE
de la Fuente Alvaro	Isidro	Maestro
de la Riva	Tatiana	Aboada
de la Riva Ámez	José María	Profesor de Geografía y Economía
de los Mozos Hernando	Iván	Médico
de Miguel	Lydia	
de Miguel Murado	Carmen	Bibliotecaria
de Miguel Murado	Carmen	Bibliotecaria
del Castillo Gordo	Angel Luis	Economista
del Palacio Tascón	Mercedes	Funcionaria
Del Olmo Garcia	Enrique	Economista y Sociólogo
del Olmo Sanchez	Luis María	Ingeniero
del Olmo Díaz	Carlos	Economista. Técnico del Banco de España (en excedencia)
del Pino Martinez	Jose Antonio	Economista
del Pozo Sen	Alberto	Economista
Del Río Disdier	Álvaro	Ingeniero
Delinos	Daniel	Economista
Diaz Casella	Alberto	Economista
Diaz Romero	Samuel	
Díaz Aledo	Loles	Periodista

Diaz del Valle	Ángel	Analista Financiero
Diaz González	Manuel	Economista
Diestro	Beatriz	Estudiante de Economía
Diez	Filipe	Profesor
Diez Torre	Yolanda	
Dolcet Torres	Joan Josep	Contable
Domingo Casas	Felipe	Licenciado en Derecho
Domingo Sanchez	Antonio	Jubilado
Domingo Sánchez	Rafael	Estudiante
Donoso Carrero	Rosa	Química
Doreste Miranda	Manuel	Economía
Duque García	J. Manuel	Funcionario
Duque García	J. Manuel	Funcionario
Echagüe López	Carlos	Estudiante
Elias Apesteguía	Ignacio	Autónomo
Enric Montesa	Andrés	Economista
Escalante Martín	Rafael	Maestro
Escudero Muñoz	Jesús	Ordenanza
Espin Bustos	Sergio	
Espín Martín	Antonio Manuel	Investigador Universidad
Espinar Valle	Antonio	Enfermero
Esteban López	Ángel	Jubilado
Estefania González	Vera	Economista
Estefanía González	Vera	Economista
Estefanía Moreira	José Manuel	Economista
Estévez González	Ábora	Licenciado en ADE
Estévez Rodríguez	Julio	
Estudillo Herrera	Francisco	Profesor
Estudillo Valderrama	Miguel Ángel	Economista
Expósito Rodríguez	Raúl	Profesor de Economía
Fanjul Alonso	Javier	Estudiante de Economía
Fariza Somolinos	Ignacio	Economista y periodista
Fernández	Victor M.	Economista
Fernandez Alvarez	Javier	Economista
Fernández Arteta	Elisa	Coreógrafa y bailarina
Fernández Ferreira	Miguel ángel	Fotógrafo
Fernández Gallego	Alba	Historiadora
Fernandez Hontangas	Carmen	Funcionaria
Fernández Hontangas	Carmen	Funcionaria
Fernández Leiceaga	Xoaquín	Prof. titular Economía Aplicada USC
Fernandez Quintas	Pedro A.	
Fernández Sansa	Rosa M ^a	Profesora
Fernandez Suárez	Nicolás	Tecnico Industrial
Fernández Álvarez	Francisco Javier	Sociólogo
Fernández Antonio	José Ramón	Economista
Fernandez Leon	Migel Ángel	Informático
Fernandez Martin de la Torre	Carmen	Pedagoga
Fernández Martínez	Dolores	
Fernández Salgado	José María	
Fernández Sánchez	Juan	Educador

Ferragut Carreño	Maria Antonia	Funcionaria
Ferrando Bononad	Emili	Ingeniero Técnico Industrial
Ferreira Nuñez	Nombre	Empresario
Ferrer Cervero	Patricia	Economista
Ferrer Inglés	Emili	Economista
Ferrer Ingles	Emili	Economista
Ferrero Rapari	Ana María	Arquitecta Técnica
Feu Jiménez	Enrique	Empresario
Fidalgo Fernández	Rosalía	Economista
Fidalgo Gonzalez	Severino Antonio	Economista
Figueras Felip	Jacint	Profesor de F.P.
Firgaira Garcia	Sofía	Funcionaria
Flores Guardiola	Luis	Técnico-Comercial
Freire Jorge	Francisco	Sindicalista
Fuentes Fernandez	Nuria	Periodista
Fuentes Pequeño	David	Economista
Fuentes Pérez	Alejandro	Funcionario
Fuenteseca Muñiz	Fruela	Gestor Energético
Gallego Cuenca	Vicente	Autónomo
Gallego Poveda	Jose	Profesor
Gallego Castillo	Cristóbal	Investigador
Gallego Torres	Begoña	Funcionaria
Galo Escobar	María	Pianista
Garcés Díaz-Munio	Gonçal	Ingeniero Informático
García Alcazar	Josefina	Economista
García Borrás	José	Sindicalista
García Collado	Antonio	Funcionario
García Encabo	Manuel	Médico
García Extremera	Carmen	Técnico de gestión. Funcionaria
García Fernandez	Manuel Jesús	Economista
García Flores	Andrés	Licenciado en Humanidades Contemporaneas
García García	Carlos	Periodista y trabajador social
García García	Rafael	Doctor Arquitecto
García Gas	Alberto	Informático
García Gil	José Pedro	Economista
García Gonzalez	Victor	Profesor de conservatorio
García Grañas	Xose Manuel	Técnico de Hacienda
García Martín	Susana	Graduado social
García Melero	Mariano	Economista
García Moreno	Yolanda	Economista
García Moro	Mª Soledad	Administrativa
García Pastor	Alberto	Autónomo
García Pavón	J. Bosco	Economista
García Rodriguez	Avelino	
García Vazquez	Javier	Economista
García Alonso	Carmen	Jubilada
García Bracho	Francisco Javier	Abogado
García Bravo	Francisco	Informático
García de Cáceres	Francisco Javier	Informático
García del Burgo	Jesús	Arquitecto

García Ferrer	Victoria	Empresaria y pedagoga
García Millán	Juan	Arquitecto
García Mira Luis	Luis	Arquitecto
García Muñoz	Joaquín	Abogado
García Mz. de Aguirre	M ^a Pilar	Jubilada
García Perea	Mariano	Economista
García Saavedra	Antonio	
García Suárez	Carmelo	Comercial
Garias Perez,	Julia	Abogado
Garitaonaindia de Vera	Pablo	Ingeniero Industrial
Garriga i Miralles	Antoni	Economista
Gil Quiros	Cristobal	Tecnico Admnistracion
Gil Gomez	Paula	Estudiante
Gil Muñoz	Sofía	Estudiante
Gimenez Felices	Francisco	Decano del Colegio de Economistas de Almería
Gimeno Cerdá	Antonio	Empresario
Giral San Martín	Miguel	Aparejador
Giralt Guarro	Emili	Consultor Tecnológico
Gisbert Monzó	Vicent	Economista
Gisbert Monzó	Vicent	Economista
Gómez	Daniel	Periodista
Gómez Alonso	Asunción	Profesora
Gomez López	José Antonio	Economista
Gómez Aguilar	Daniel	Periodista
Gómez Alonso	Asunción	Profesora
Gomez Alvarez	José Manuel	Ingeniero
Gómez Cantarelo	Eduardo	Arquitecto Técnico
Gomez Martin	Fernando	
Gomez Roldan	Silvia	Diseñador gráfico
Gómez Sánchez	Andrés	Economista y sindicalista
Gómez Sánchez	Andrés	Economista y sindicalista
González	Alberto	Actor
González de la Fe	Pedro	Profesor de Economía ULPGC
Gonzalez de Tena	Francisco	Sociólogo
Gonzalez Diez	Miguel Ángel	Jubilado
Gonzalez Farelo	Federico	Consultor
González Feijóo	M ^a Isabel	Economista
González Gamella	Pedro	Economista
Gonzalez Gato	Andrés	Relaciones Laborales
González González	María del Rocío	Técnico Administrativo
Gonzalez Lorente	Jose Carlos	Economista
González Mínguez	Fidel	Ingeniero Técnico Industrial
Gonzalez Montes	Antonio	Economista y escritor
Gonzalez Móstoles	Marisa	Médico
Gonzalez Raya	Sonia	Economista
González Redondo	Ignacio	Economista
Gonzalez Rivas	Jose Armando	Economista
González sánchez	Pedro	Estudiante de Sociología
Gonzalez Sierra	Virginia	Economista
Gonzalez Villanueva	Mariangeles	Profesora

González Bernardo	Andrés	Ingeniero Técnico Mecánico
Gonzalez Castro	Raúl	Economista
Gonzalez Cauhape-Cazaux	Jaime	Ingeniero
González De Tena	Francisco	Sociólogo
González Moral	Antonio	Ingeniero
González Moral	Antonio	Ingeniero
González Pini	Sandra	Psicóloga y Productora Programa de Radio
Gonzalez Ruiz	Mª Dolores	Abogado
Gonzalez Valladares	Jose Manuel	Conductor-Repartidor
Gonzalo Muñoz	Javier	Economista
Gordaliza	Ana	Psicoanalista
Gorritz Saquero	José María	Funcionario
Gorritz Vitalla	Ramon	Sindicalista
Gortazar Orue	Andrés	Administrativo
Goya Rodriguez de Castro	Ferán	Ingeniero Agrónomo
Gozalo Alonso	Jose Antonio	Economista
Grau Sansano	José Antonio	
Grau Sansano	Antonio	Psicólogo
Grenier	Christian	Profesor de Economía
Gris Mateos	Francisco	Jubilado
Groch Racciatti	Paola	Economista
Guada Prada	Jorge	Economista
Guada Prada	Jorge	Economista
Guaita Pradas	Inmaculada	Doctora en CC. Económicas
Guerra Báez	Rita M.	Profesora titular ULPGC
Guerrero Andrade	Jose Antonio	Contable
Guerrero León	Juan	Licenciado en Administración de Empresas
Guijarro Méndez	Pedro	Funcionario
Guillamett Fernández	José Javier	Economista
Guindo Guindo.	Francisco Javier	Licenciado en Derecho y Profesor
Gullón Sánchez	Germán	Economista y Gestor Cultural
Gurria Bellido	Pilar	Veterinaria
Gutierrez Calvo	Cristina	Lda en Ciencias Ambientales
Gutierrez Garcia	Miguel Angel	Economista
Gutierrez Martin	Miguel	Químico. Técnico en Medio Ambiente
Gutiérrez Acebrón	Manuel	Orientador Laboral
Gutiérrez Ardoy	Gerardo	Funcionario
Gutiérrez Fernández	Rodrigo	Médico
Haba Benavente	Manuel	Analista
Hernandez	Francisco	Economista
Hernandez Allepuz	Eusebio	Profesor
Hernandez López	Ginés	Economista
Hernandez Montero	Carlos	Economista
Hernández Sánchez	Vicente	Instructor
Hernández Curieses	Jesús María	Economista
Hernandez Hernandez	Andrés	Químico
Hernandez Montero	Carlos	Economista
Hernández Moyano	Adrián	Licenciado en CC del Trabajo
Hernández Tomey	Alfonso Andrés	Licenciado en C.C. Económicas y Empresariales
Herráez Fernández	Mariano José	Contable

Herranz Guerrero	Felipe	Economista
Herrera	Rafael	Empleado de Banca
Herrero Cordero	Raúl	
Herrero Gea	Santiago	Estudiante
Hinojal Negrete	Jesus	Maquinista Naval Jefe
Huerga Fernandez	Gerardo	Director Comercial
Ibarz López	María	Funcionaria
Iglesias Cao	Begoña	Economista y Profesora
Iglesias Cavicchioli	Manuel	Profesor UCM
Iglesias Gonzalez	Isaac	Funcionario
Iglesias González	Paula	Funcionaria
Iglesias Martín	Rafael	Historiador
Iglesias Martín	Rafael Francisco	Historiador
Ignacio Tomeno	M. Aurora	Funcionaria
Infante y Nuñez de Prado	Santos	Economista
Inglada Cardona	Esther	Economista
Izurzu Gutiérrez	Mikel	Licenciado en ADE
Jaen Bayarri	Daniel	Economista. Técnico en cooperación
Jareño López	Jesús	Maestro
Jerez Vega	Roberto	Autónomo
Jiménez Blasco	Miguel	Economista
Jiménez Carrero	Antonio	
Jiménez Carrero	Antonio	
Jiménez Castañeda	Rafael	Ingeniero de Organización Industrial, Doctor, Prof.Titular UCA
Jimenez Gracia	Juan Miguel	Carretillero
Jiménez Yuste	Juan	Oficial Administrativo
Jimeno del Hoyo	José Ignacio	Ingeniero Industrial
Jonama Vingut	Francisco Xavier	Economista
Juan Fernández	Juan Ignacio	Economista. Profesor Asociado UAM
Juárez Castelló	Carmelo	Profesor de Organización de Empresas
Jurado Gil	Jose	Economista
Laborda Herrero	Juan	Economista
Labourdique Bernachy	María-José	Profesora
Lacalle Iglesias	Ignacio	Economista
Lafuente Arboleda	Jorge	Economista
Lago Peñas	Manuel	Economista
Laguna Palacios	Fracisco	Economista
Lanzán Tapia	Adolfo	Funcionario
Lara García	Álvaro	Asesor Contable-Tributario
Lasquetty Gonzalez-Pardo	Juan Luis	Jubilado
Lechago Buendía	Francisco	Economista
Ledesma	Federico	
Leiro Argüelles	Lorenzo	Funcionario
León Sánchez	Antonio	Economista
Lesmes Renedo	Mª Teresa	Profesora Jubilada
Lezana Rosales	Jose Miguel	Biólogo
Liberato Olmedo	Marina	Pedagoga
Linares Santos	Alejandro	Administrativo
Linaza	Ramón	Actor
Llado Belenguer	Jordi	Bancario

Llanos Mayor	Jorge	Economista
Lloveras Mir	David	Tramitador de seguros
Lobo Chávez	Gustavo	Enfermero
Lopategui Martín	José Ramón	Economista
Lopera López	Antonio	Comercial
López	Paulino	Ferrovionario
López	Gregorio	Jubilado
Lopez Alonso	Ana	Economista
Lopez Alonso	Ana	Economista
López Durán	Carmen	Economista
López Esteban	José María	Economista
López García	Eliseo	Economista
López Pina	Mariteresa	Orientadora Familiar
López Blázquez	Eugenio	Abogado
López Cortijos	Ginés	Autónomo
Lopez Delgado	Pablo	Ingeniero
López Gomariz	José Antonio	
López Herrera	Carmen	Economista
López Rollán	Paulino	Ferrovionario
López y López	Juan José	Jubilado
López-Contreras Gonzalez	Carmen	Economista
Losa González	María Teresa	Técnica de Gestión AGE
Losada Álvarez	Abel	Economista Profesor Titular UV
Losarcos Llana	Cristina	Economista
Lostao García	Belén	Economista
Lozano	Cristina E.	
Lozano Ortega	Manuel	Arquitecto Técnico
Lucas Gómez	Concepción	Administrativa
Luengo Gonzalez	Marisa	
Luna Pineda	Inmaculada	Ingeniero Industrial
Luque	Miguel	Economista
Luque Guierrez	Pablo	Ingeniero de Telecomunicaciones
Luquero Velázquez	José Luis	Profesor de Economía
Macías Ribagorda	Enrique	Abogado
Macías Matas	Rafael	Economista
Magán Moreno	Isabel	Economista
Mahmoud Hassanein	Adel	Analista político
Maiques Azcarraga	Juan	
Mallebrera Rodriguez	Carlos	
Mamolar Herran	Melitón	Jubilado
Mantovani	Alfredo	Profesor de Teatro
Marcet	Daniel	Ingeniero Industrial
Margallo Fernandez	Javier	Ldo en Ciencias Politicas y Administracion
Marín Molina	Cristóbal	Profesor de Secundaria
Marín Domínguez	Luis	Economista
Mariñas de Castro	Paloma	Autónoma
Marques Coll	Joan	Profesor de secundaria
Márquez Murillo	Pedro	Sindicalista
Martin	Rafael	
Martín	Juan	Ingeniero

Martín Cortés	Pilar	Economista
Martín Hernández	Manuel	Economista
Martín Lezaun	Rafael	
Martin Llaneza	Jaime	Pensionista
Martín Quero	José Antonio	Profesor Economía en IES
Martin Sanz	Olivia	Economista
Martín Sanz	Vanessa	Economista
Martín Cabeza	Francisco Javier	Economista
Martin Haro	Antonio	Economista
Martín Palmero	Pedro	Economista y Lic. en Derecho
Martin Rodriguez	Fermín	Jubilado
Martines i Joan	Alexandre	Geógrafo. Dr. En ADE
Martinez Correcher	José Vicente	Economista
Martínez Fresno	Nicolás	Diplomático
Martinez Matías	Paloma	Profesora de filosofía
Martínez Sánchez	César	Investigador Derecho Tributario
Martínez Bisbal	Josep	Profesor filosofía
Martinez García	José Manuel	Economista
Martínez García	Jesús Javier	Economista
Martínez García	Susana	Ingeniero Informático
Martinez Marqueta	Juan Pablo	Licenciado en Derecho
Martinez Millán	Luis	Biólogo
Martinez Quesada	Carlos Javier	
Martinez-Alegría López	Roberto	Geólogo y Dr. Ingeniero de Minas
Martín-Sanz Aguado	José Antonio	
Martín-Sanz Cortina	Ignacio	Economista
Mas Marquès	Ester	Psicóloga
Mas Trepas	Isabel	
Mateos Fernández	Juan Carlos	Doctor en Historia
Mateu Céspedes	José María	Ingeniero
Mazo Redondo	Juan Ignacio	Economista
Medialdea García	Bibiana	Profesora Economía UVA
Medina Izquierdo	Gustavo	Economista
Medina Sanchez	Beus	
Medrano Martin	José	Director Escuela Formación PSOE La Rioja
Medrano Rubio	Francisco	
Mejuto Valcárcel	Roberto	Economista
Melendez	Javier	Empleado de Banca
Meler	Helena	Diseño gráfico
Melero Zabal	María Ángeles	Profesora de Universidad. UNICAN
Menendez	Juan Jose	Economista
Menendez Fernandez	Juan	Economista
Menéndez Fernández	Juan José	Economista
Mengibar Pariente	Lourdes	Economista
Merello Arvilla	María	Enfermera
Mesias Barcia	Andrés	Ingeniero Industrial
Mesias Barcia	Andres	Ingeniero Industrial
Meyer,	Gerhard	Técnico energía solar
Michavila Gómez	Joaquín	Médico
Miguélez Reñones	María del Mar	Economista

Millán Acedo	Rafael	Profesor FP
Mínguez Pérez	Concha	Médico
Miralles, Jorge. Economista	Jorge	Economista
Miranda Martín	Ramón	Geógrafo. Funcionario
Molina Bosquet	Carlos	Comercial
Molina González	Mª José	Asesora laboral
Molina Molina	José	Economista y Sociólogo
Molina Tembory	Luis	Economista
Molina Gil, Jose Antonio	José Antonio	
Moliner Prada	Luis	Economista
Monteagudo Estévez	Pedro	Economista
Montejano Martínez	Mariola	Patronista
Montejo Candosa	Javier	Médico
Montejo Jiménez	Adrian	Economista Inspector de Hacienda
Montejo Adrián	Adrián	Inspector de Hacienda del Estado
Montero Alcaraz	Mónica	Enfermera
Montes Fernandez	Matilde	Economista
Montes Pardo	Nazario	Empleado de Banca
Montesa Andrés	Enric	Economista
Montiel Perez	Cristina	Profesora
Montolio	Ricardo	Abogado
Mora Plaza	Antonio	Economista
Moragrega Julian	Javier	Autónomo
Moral Jimenez	José	Técnico de prevención
Morales	Rafael	Trabajador asalariado
Morales Muñoz	Jose María	Economista
Morales Burillo	José Luis	Jubilado
Morales Paraíso	Julián	Informático
Morales Valle	Francesc	Trabajador Sector Público
Morata	Enrique	Filósofo
Morato Barroso	Jesús	Economista
Morell Rosell	Ramón	Economista
Moreno Caimari	Bartomeu	Tecnico de juventud
Moreno Gutierrez	Rafael	Investigador y periodista
Moreno Moreno	Cristina	Economista
Moreno Pascual	Julián	Empleado de Banca
Moreno Yuste	Andrés	Periodista
Moreno Caimari	Bartomeu	Trabajador social
Moreno Clar	Ignacio	Ingeniero de Telecomunicaciones
Moreno Martínez	Sara	Funcionaria
MORENO MORENO	CRISTINA	ECONOMISTA
Moya Olivares	Juan Andrés	Ferroviano
Moya San Martín	Andrés	Economista
Muñoz Casarubios	Jaime	Economista. Profesor
Muñoz Martín	Ángela	
Muñoz Aizpuru	Francisco Javier	Funcionario
Muñoz Cabrera	María Teresa	Ordenanza
Muñoz Casarrubios	Jaime	Economista. Profesor ADE
Muñoz de Bustillo Llorente	Rafael	catedrático de Economía Aplicada USAL
Muñoz de los Reyes	Isabel Maria	Ayudante de Investigación

Muñoz López, Sebastián	Sebastián	Técnico Administrativo
Muñoz Pascual	Lucía	Economista. Profesor Asociado USAL
Nabal Aragón	Claudia	Manager
Napoleoni	LoreTta	Economista
Narbona Ruiz	Cristina	Economista. Diputada.
Nava Aparicio	Mariano	Consultor
Nava Calvo	Mariano	Economista
Navajas Laporte	María Cristina	Licenciada en derecho
Navarro Berenguer	Jesús	
Navarro Garcia	Manuel	Profesor de Secundaria interino
Nespral Sánchez	Felipe	Historiador
Nieto Jimenez	Alejandro	Economista
Noguero López	José Antonio	Coordinador ONG
Novas	Antón	Economista
Núñez Gascón	María Teresa	Cooperación al Desarrollo
Ocaña Ocaña	Mario Alfredo	Técnico de desarrollo local
Ochoa de Zabalegui	Labari	Economista
Ojea	Berta	Actriz
Olano Rey	Marisa	Economista Agrario e Ingeniero Agrónomo
Olcina Aya	Emili	Escritor
Olid González	Eugenio	Ingeniero Industrial
Orcajo Velasco	Marisol	
Ortega	Jordi	Filósofo y politólogo
Ortega Freite	José Luis	Historiador
Ortigosa Perochena	Juan Carlos	Sociólogo
Ortigosa Perochena	Juan Carlos	Sociólogo
Ortiz Pereira	Pedro	Economista
Ortiz Villalobos	Aranzazu	Medico
Ortiz Jordá	Rafael	Productor Fotovoltaico
Orts Tormos	Francisco	Economista
Osorio Gullón	Luis Andrés	Licenciado en Derecho
Osorio Panal	Manuel	Funcionario
Pabón Torres	Cristina	Traductora
Palomino Reinoso	Eugenio	Economista
Palomo	Graciliano	Funcación Sierra-Pambley León
Pardilla Fernández	Santiago	Estudiante de Sociología
Parejo Alfonso	Luciano	Catedrático Derecho Administrativo UC3M
Parras Luque	Antonio	Traductor e Intérprete Jurado
Pastor Martin	Juan Pablo	Jubilado
Payero Soto	Francisca	Administrativa
Paz Goday	José M ^a	Ingeniero Industrial
Pazo Cid	Roberto Antonio	Médico
Pecharromán Hernández	Jesús	Diplomado Meteorólogo
Pedrazuela	Luis Javier	Gerente
Pelaez Leyva	Francisco	Profesor
Penado Fernández	David	Economista
Pérez	Carmen	Doctora Ingeniera Industrial
Pérez Arguijo	Javier	Gestor público
Perez Artiles	Jorge	Economista y Doctor en Sociología
Pérez López	Miguel	Empresario autónomo

Pérez Martínez	Jesús	Presidente Fundación Francisco Lergo Caballero
Pérez Omil	María del Carmen	Asesora Jurídica
Pérez Rodríguez	Gloria	Educadora Ambiental
Pérez Beroy	Ángel	Profesor de Secundaria
Pérez del Río	Teresa	Catedrática de Universidad. UCA
Pérez González	Lucía	Sociólogo
Perez Martinez	Antonio	Economista
Pérez Moreno	Maria José	Economista
Pérez Negreira	Sandra	
Pérez Pita	Victor	Ingeniero Industrial
Pérez Ventura	Carmen	Nuria Trabajadora Social
Pérez-Batallón Arias	Manuel	Economista
Pérez-Castaño Segura	Antonia	Funcionaria
Peris Cerbera	Salvador	Economista
Picanyol Ballester	Francesc	
Pidre Rosales	José	Economista
Pinar Godoy	Andrés	Economista
Piniés Nogués	Pilar	
Piniés Nogués	Pilar	
Pinilla Gonzalvo	Mercedres	
Pino Cerezo	Jose Luis	Economista
Plaza	Carlos	
Plaza Aguilar	Iván	Economista
Polo Fernández	Juana	Comercial
Pons	Juan	Economista
Pons Matas	Miguel	Economista
Ponsot	Jean-Francois	Economista
Ponte	Mariano	Ingeniero
Poveda de la Iglesia	Javier	Economista
Pozzo	Alberto	Economista
Prévôt Fontbonne	Marie-Pierre	Licenciada en Ciencias Políticas e Idiomas
Provencio Chumillas	Pedro	Profesor
Prunés Ramírez	josé maría	Profesor
Prunés Ramírez	josé maría	Profesor
Puente Pérez	Ibán	Ingeniero Industrial
Puerta Ardura	Roman	Sociólogo
Puerta Ardura	Román	Sociólogo
Puerto	Fernando	Economista
Puerto García	Daniel	Dr. Ingeniero de Telecomunicación
Puerto Pavón	Sergio	Economista
Puig de la Bellacasa Alberola	Javier	Economista
Puig de la Bellacasa Alberola	Javier	
Puig Vilar	Ferrán	Ingeniero
Pujol Andreu	Josep	
Pujol Andreu	Josep	Economista Catedrático de la UAB
Puñet Pellisé	Rosa María	Funcionaria
Quevedo del Valle	Francisco	Funcionario
Quintero Ortiz	Juan Manuel	Inspector del BdE
Rabanal	Jaime	Economista
Rabanal Herranz	Ángela	Profesora de bachillerato

Ramada Dominguez	Trini	Administrativo
Rambla Amat	Lluís	Arquitecto
Ramirez Pacheco	Francisca	Economista
Ramírez Asencio	Jordi	Profesor de Filosofía
Ramírez Guerra	Juan Ángel	Jubilado
Ramírez Sánchez	Matías	Economista
Ramón Dangla	Remedios	Profesora universidad. CC. Económicas y Empresariales
Ramos Moreno	Alfredo	Funcionario
Rao Périz	Carmen	Operaria
Raso Périz	Carmen	Operaria
Redorta Lorente	Josep	
Revilla Delgado	Antonio	Economista
Reuelta Merino	Ramón	Economista
Rey Valencia	Francisco	Economista
Rico	Nicolás	Ingeniero Técnico Industrial
Riera Codina	Santiago	Ingeniero
Riesco Ortega	Teresa	Licenciada en Derecho
Rivera Sánchez	María Rosa	Administrativa
Roa	Juan	Empleado público
Robles Dominguez	Antonio J.	Maestro
Rodado Ojeda	Emilia	Porofesora
Rodenas Lopez	José	Economista
Rodrigues	Marco	Profesor
Rodriguez	Maria Luz	Licenciada y Doctora en Derecho
Rodríguez	Miguel	Técnico
Rodríguez Arias	Candela	Estudiante
Rodriguez Blanco	Maria Belia	Economista
Rodriguez Cobo	Fernado	Ingeniero de caminos
Rodriguez de Leon	Manuel Francisco	Asesor Laboral
Rodríguez Doménech	Isabel	Economista
Rodriguez Fernandez	Eva	Economista
Rodriguez Lopez	Mariano	Autonomo
Rodríguez Núñez	Eduardo	Geógrafo
Rodriguez Recio	Juan	Economista
Rodríguez Bustos	Jorge	Veterinario
Rodríguez de la Torre Fernández	Javier	Estudiante
Rodriguez Garcia	José Manuel	Catedrático de Matemáticas
Rodríguez López	Inocencio	Técnico Superior Energías Renovables y Eficiencia Energética
Rodríguez López	Mariano	Autónomo
Rodriguez Montalvo	Germán	Abogado
Rodriguez Perez	Jorge	Economista
Rodriguez Recio	Juan	Economista
Rojas Castaño	Juliana	Contable y estudiante de Gestión Pública
Rojero Figueiras	Florentino	Economista. Profesor de Economía Financiera
Rojo Alique	Pedro Carlos	Profesor de Secundaria
Román Lorente	Manuel	Economista
Romero González	Enrique	Profesor
Romero Serrano	Francisco Jesús	Economista y abogado
Romero Gonzalez	Carlos	Trabajador Industrial

Romero i Colls	Josep	Jubilado
Rosado Hernández	José Angel	Profesor de Economía
Rosarion Galvez	Jaime	Trabajador social
Roselló Gómez-Lobo	Jose Domingo	Economista
Roser Hernández	Isabel	Economista
Royes Riera	Helena	Licenciada en Ciencias de la Comunicación
Royo Conesa	Mireya	Profesora de Música
Rubio Llurba	Esther	Economista
Rubio Marcos	Santiago	Celador
Ruiz Domingo	Esteban	Profesor
Ruiz Gonzalez	Filiberto	Abogado
Ruiz Mezcua	Estrella	Economista
Ruiz Sancho	Gerardo	Auditor
Ruiz Aznar	Felipe	Economista
Ruiz Cruz	Jose Antonio	Economista
Ruiz Japón	Manuél	Economista
Ruiz Lopez	José Ignacio	Ingeniero Industrial
Saborido Peña	Javier	Educador
Sacristán Moreno	Alberto	Ingeniero de Caminos
Saez Montero	Jesús	Economista
Sagarra Fitó	Montserrat	Economista
Sainz Díez	José Antonio	Profesor de Secundaria
Sainz-Terreros Aguirre-Carcer	Patricia	Realizadora TVE
Saiz Pastor	Candelaria	Profesora Titular Historia Económica UA
Saiz Valeo	Jose	
Saiz Peña	Inma	Asistente Galería de Arte
Salazar Hernandez	Ana	Sociólogo
Salcedo Aznal	Mercedes	Periodista
Sales Cabeza	María del Carmen	
Sales Piñeiro	Francesc	Historiador
Salgado Ybern	Beatriz	Economista
Salgado Remigio	Antonio	Médico
Salido Cerdá	Alfredo	Profesor de Música
Sánchez Benito	Gregorio	Economista
Sanchez de Gómez	Lyda	Docente Universitaria
Sanchez Medalón	Ignacio	Economista
Sánchez Muñoz	José Luis	Economista y Antropólogo
Sánchez Pérez	Jesús	Economista
Sanchez Rodriguez	Andrés	Economista
Sanchez Sánchez	María	Trabajadora Social
Sánchez Seseña	Luis	Economista
Sánchez Seseña	Cesar Eugenio	Economista
Sanchez Villa	Mamen	Recursos Humanos
Sánchez de Gómez,	Lyda	Docente universitaria
Sanchez Gimenez	Miguel Ángel	Inversor
Sanchez Moreno	Jesús Ángel	Profesor de Secundaria
Sánchez Sánchez	Albert	
Sánchez Sánchez	María	Trabajadora Social
Sande Veiga	Diego	Licenciado en ADE
Santalla Alonso	Cristina	Licenciado en ADE

Santiago	Pedro	Economista
Santiago Fernández	Maria Antonia	Maestraç
Santiago Fernández	María Antonia	
Santos García	José Luis	
Sanz Díaz	Victoria	Funcionaria
Saport Alegre	Vicent	Economista
Saro Bernaldo de Quirós	Carmela	Artista
Sastre Saiz	Gaudencio	
Sastre Saiz	Gaudencio	
Schildheuer	Miguel Monty	Secretario
Segundo Gallardo	Julio	Gestor de proyectos
Segura Minguez	Fernando	Ingeniero de caminos
Selva	Joaquín	
Sempere Broch	Joan V.	Maestro
Sequí Navarro	Maria Asunción	Economista
Serón Jaén	Manuel	Funcionario
Serra	Luis	Economista
Serrano Olmedo	José Andrés	Ingeniero Técnico
Shine	Rodolfo	Antropólogo
Sierra Vigil	Pedro	Economista
Simancas Criner	Victor	Economista
Sola Martínez	Anelís	Periodista
Soler Girones	José Vicente	Economista
Souto Alcaraz	Ángela	Arquitecto
Spiess Benielli	Olivier	Director Centro Universitario
Suárez	Miguel Ángel	Polítologo
Suarez Blanco	Carmen	Economista
Suarez Cortina	Javier	Geólogo
Suarez Iglesias	Teresa	Comercial
Suarez Mejido	Jose Fernando	Ingeniero Agrónomo
Suárez Corujo	Borja	Profesor de Derecho del Trabajo
Szymanski Carrara	Carlos Antonio	Licenciado en Márketing
Taborcías Blanco	Maria Dolores	Médico
Talavera Celestino	María del Prado	Ingeniero
Tardío Cerrillo	Guillermo	Ingeniero de Montes
Tegel	Fernando	Economista
Temboury Molina	Juan	Ingenierio Industrial
Teruel Hernández	Jose Alfonso	Ingeniero I+D Fotovoltaica
Tinelli	Domenico	Consultor
Tomán Cano de Mateo	José	Maestro
Torre Bonilla	Alejandro	Estudiante de Economía
Torrelles Lozano	Anna	Economista
Torrent Navarro	Jose	Economista
Torres Moure	Concepción	Economista
Tovar García	Pedro	Funcionario
Tubia	Eduardo Juan	Analista de Riesgos
Ugarte Megino	Paz	Economista
Urra Urbietta	José Anastasio	Economista. Profesor Titular UVEG
Utrilla	Ivan	Ingeniero
Vages Valcarlos	Carmen	Pintora

Valdivielso Sánchez	Rafael	Economista
Valdivieso Álvarez	Juan Ignacio	Sindicalista
Valenciano	Paloma	Empresaria y traductora
Valero Valls	Pedro Luis	Funcionario
Valero Alonso	Félix	
Valero R.	Lourdes	Maestra.
Valle García	Juan Jesús	empleado de información
Vallejo Aparicio	Luis	Agente de Empleo y Desarrollo Local
Valls Garriga	Marta	Profesora
Valverde Salgado	Mónica	Psicóloga
Vaquer	Pedro Pablo	Arquitecto
Varela Riveiro	Martín	Economista
Varo Solís	Aurora	Maestra
Vazquez de Castro	Isabel	Profesora
Vázquez Vargas	Alejandro	Economista
Vázquez Martínez	Demetrio	Sindicalista
Vázquez Pinilla	Pedro	Directivo
Vega Oncins	Francisco	Editor
Vela Fletas	Sergio	Funcionario
Velasco Bombin	Concepción	Economista
Velasco Jimenez	Jose	Economista
Velasco García	Laura	Trabajadora Social
Velasco Vázquez	Sonia	Trabajadora Social
Velez de Mendizabal Bergareche	Patxi	Formador Ocupacional
Ventin	Juan Carlos	Sociólogo
Ventura García	Yeray	
Vera Ripoll	Inmaculada	Economista. Profesora
Vera Díaz	José	Estudiante de Economía
Vera Díaz	José María	Estudiante de Economía
Vergara	Daniel	Proyectista Mecánico
Vicente Herrer	Luis	Químico
Vidal Antón	Ginés	Economista
Viguera Ruiz	Javier	Funcionario
Villanueva Alegre	Raquel	Asesora
Villar Guarido	Alfonso	Economista
Villares Cousillas	Francisco	Economista
Villares Cousillas	Francisco	Economista
Warleta Gonzalez	Arturo	Economista
Zancajo García	Carlos	Comercial
Zancarrón Pérez	Isabel	Administrativa
Zancarrón Pérez	Isabel	Administrativa
Zuloaga	Lorena	Economista
Zurbano Melero	José Gabriel	Dr en Geografía e Historia Económica