

Editorial

Crisis económica y salud

Economic crisis and health

Carmen Delia Dávila Quintana* y Beatriz González López-Valcárcel

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción

Se considera que una economía entra en recesión técnica cuando ha experimentado por dos trimestres consecutivos un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB). Las crisis económicas, con frecuencia precedidas por crisis financieras¹, aumentan el desempleo y el empobrecimiento de las familias. Los economistas estudian con gran atención la dinámica de los ciclos económicos desde que Kondratiev definiera en la Unión Soviética de los años 1920 los ciclos largos de la economía. La teoría sobre los ciclos de los negocios y el papel de la innovación desarrollada por Schumpeter recogió el testigo de Kondratiev, y desde entonces es el estudio de los ciclos un tema recurrente en la disciplina, en particular durante las crisis económicas. Recientemente, en 2004, Kydland y Prescott recibieron el Nobel de Economía por su contribución a la dinámica de los ciclos y a la mejora del papel de la política económica para cambiar el curso *natural* de las recesiones. Siguiendo esa larga tradición, hoy se registran las crisis económicas de Estados Unidos igual que se registran los terremotos². Según el Fondo Monetario Internacional³, desde 1970 hasta finales de 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales (124 crisis bancarias, 208 de devaluación de la moneda, 63 de la deuda externa del país, 42 dobles y 10 triples). Lo que diferencia la crisis actual de las anteriores es que afecta de lleno a Estados Unidos (motor económico del mundo), su alcance como crisis global y su intensidad, y el haberse contagiado entre países y a la economía real rápidamente. En nuestro país, el Banco de España anunció en enero de 2009 que habíamos entrado oficialmente en recesión dado que el cuarto trimestre de 2008 fue el segundo consecutivo de caída intertrimestral del PIB. En el momento de escribir estas líneas, también se hayan en recesión Alemania, Reino Unido, Italia, Irlanda, Finlandia, Suecia y Dinamarca.

Importa saber cómo y cuánto influyen las crisis económicas sobre la salud de las poblaciones, y especialmente sobre ciertos grupos específicos (niños, ancianos, etc.); qué tienen en común las crisis y si la que estamos viviendo es especial. A lo largo del texto se conceptualizan los mecanismos y efectos esperados de las crisis económicas sobre la salud, por una parte, y se revisan los análisis empíricos de algunas crisis del pasado y algunos datos de la actual.

Efectos esperados de la crisis sobre la salud

Conviene diferenciar entre efectos a corto y a largo plazo, entre efectos directos e indirectos, y entre consecuencias reversibles e

irreversibles de las crisis. La mala salud de hoy puede ser en parte el resultado de las privaciones de la infancia, de modo que, por ejemplo, aunque la salud dental de los niños está correlacionada contemporáneamente con la riqueza de los países, la salud dental de los ancianos no se asocia de manera significativa con la situación económica actual sino con la de décadas atrás⁴. Hay que diferenciar también entre los efectos sobre la salud y sobre el bienestar. No es lo mismo que aumente la mortalidad y se reduzca la esperanza de vida, que descubrir síntomas menores como que aumenten las consultas de salud mental por problemas de ansiedad.

Los efectos de las crisis dependen fuertemente del contexto institucional y de la vertebración de la sociedad civil. En cuanto al contexto institucional, el estado del bienestar, con sus mecanismos de protección a los ciudadanos y expresando la solidaridad social, convertida en norma, marca una gran diferencia. Dado que las políticas sociales afectan a los principales determinantes poblacionales de la salud, la extensión de las políticas sociales universales dirigidas a los grupos más vulnerables se asocia a una mejor salud global. Por ejemplo, el alcance de las políticas dirigidas específicamente a las familias monoparentales reduce la mortalidad infantil, y la generosidad de las políticas de pensiones básicas universales reduce el exceso de mortalidad de los ancianos⁵. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social⁶.

La vertebración social y el capital social tienen un efecto protector de la salud durante las crisis. En los antiguos países del bloque soviético, el capital social, medido por la pertenencia a organizaciones sociales, amortiguó la subida de la mortalidad a raíz de la desintegración económica y las privatizaciones masivas del periodo⁷. Por el contrario, la combinación de descomposición de las instituciones y falta de redes sociales de apoyo agravó las consecuencias de la transición del comunismo al capitalismo en Rusia⁸.

Otro aspecto a considerar es la distinción entre los efectos sobre las personas y las familias, los efectos sobre los gobiernos y las políticas (que en último término acaban afectando a las familias y las personas), y los efectos sobre el reparto de la riqueza y las desigualdades sociales. La figura 1 sintetiza las posibles relaciones causales entre crisis y salud.

Las crisis económicas tienen ganadores y perdedores; cambian las reglas del juego institucional y los grupos ostentadores del poder económico; y generalmente suelen hacer variar la distribución de la renta. Puesto que no sólo el nivel de renta per cápita de un país, sino también su distribución, determina el grado de salud^{9–11}, en definitiva las crisis económicas terminan afectando a la salud por la vía de los cambios en la concentración del poder

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ddavila@dmc.ulpgc.es (C.D. Dávila Quintana).

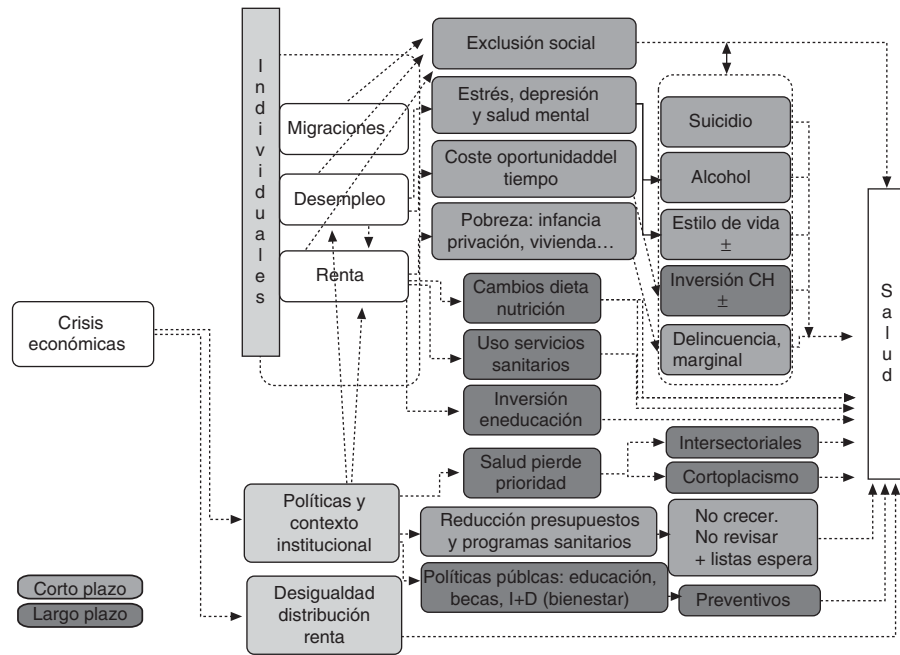


Figura 1. Conceptualización de los efectos de las crisis económicas sobre la salud.

económico. A medida que los países se desarrollan económicamente aumenta la esperanza de vida de forma no lineal, siguiendo una ley de rendimientos decrecientes^{12,13}, y las desigualdades de renta dentro de los países contribuyen a explicar sus diferencias en mortalidad y en otros indicadores de salud. Este fenómeno, sin embargo, no es tan claro para los países ricos^{11,14}.

Los efectos a corto plazo de las crisis sobre las familias se producen fundamentalmente por tres vías: la emigración, el empobrecimiento (efecto renta) y el desempleo. Las migraciones masivas son la respuesta a la pobreza y al empobrecimiento, causado en muchas ocasiones por las crisis económicas (y por la extrema pobreza persistente, como hoy en el África Subsahariana). La emigración actual hacia Estados Unidos es sólo una pequeña parte de lo que fue hace siete u ocho décadas¹⁵. Entre 1846 y 1924, la emigración intercontinental desde Europa superó los 48 millones de personas. El efecto de las migraciones sobre la salud es uno de los temas emergentes de la epidemiología^{16,17} por su multifactorialidad. El «efecto renta» de las crisis depende del nivel de partida y de llegada, y de la velocidad del cambio. Las relaciones entre renta y salud, bidireccionales y no lineales, cambian a lo largo de la vida de las personas, pero los niños pobres son particularmente vulnerables. El quid de los efectos de las crisis sobre la salud está en las pérdidas de renta de las familias y el empobrecimiento repentino, que ya en el corto plazo, cuando rebasa cierto umbral crítico, empieza a afectar a la salud. Las crisis empobrecen a muchas familias. Una de las consecuencias inmediatas es el cambio de pautas de alimentación, que dada la estructura de precios relativos de los alimentos puede llevar, paradójicamente, a la obesidad a las familias empobrecidas del primer mundo¹⁸. La pobreza y la falta de educación son causas de la obesidad, y la calidad de la dieta está muy relacionada con el nivel socioeconómico¹⁹.

Los niños, junto con los ancianos, son los grupos más vulnerables, y las consecuencias de las privaciones en la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida. La pobreza se transmite entre generaciones²⁰, y la mala salud desempeña un papel importante en esa transmisión. Los niños de las familias pobres adquieren enfermedades crónicas que reducen su capital humano en la edad adulta. La baja renta de los padres empeora la salud de

sus hijos y condiciona su salud y renta futuras. El análisis de una cohorte de niños nacidos en Inglaterra y Gales durante una semana de 1958, seguida hasta que cumplieron 42 años²¹ es consistente con tres hipótesis sobre la transmisión de la pobreza y la mala salud: los modelos de la salud a lo largo de la vida (la mala salud en la infancia condiciona la salud y el estatus socioeconómico en la edad adulta), la hipótesis de los orígenes fetales y los modelos de senda (*pathways models*), según los cuales las condiciones de la infancia condicionan el estatus socioeconómico en la edad adulta, que a su vez afecta a la salud. Así pues, es esencial que las políticas preserven de la pobreza a las familias con niños en tiempos de crisis, cuando el riesgo de empobrecimiento es máximo.

Una parte importante de los efectos de la renta se deben a la educación como factor mediador. El individuo hace básicamente dos tipos de inversión en capital humano a lo largo de su vida: en salud y en educación. La conexión causal entre educación y salud está bien establecida y es bidireccional^{22–24}, y los beneficios de la educación sobre la salud constituyen uno de los denominados *beneficios no monetarios de la educación*. Los niños que gozan de buena salud tienen mejor rendimiento escolar y de adultos serán por ello más sanos, pues acumulan habilidades cognitivas para procesar información sobre la producción de salud. Además, los niños más sanos son objeto de una inversión educativa más intensa por las expectativas de rendimiento a largo plazo. La relación entre educación y salud es la más contundente de las cuatro dimensiones del estatus socioeconómico (educación, renta, ocupación y raza). Si como efecto de la crisis se pierden escolares, y años de escolarización, se acabará pagando, a la larga, con salud. La obligatoriedad de la educación hasta cierta edad en las legislaciones europeas ha tenido efectos beneficiosos sobre la salud²².

El desempleo se ha asociado con un aumento de la mortalidad general y por suicidio, y con diversos problemas de salud^{25–28}, aunque también se ha asociado empíricamente con la reducción de la mortalidad general y por causas específicas (enfermedades cardiovasculares, accidentes), e incluso con mejoras de salud²⁹ en distintos países y periodos de tiempo^{6,29–32}. Esta disparidad de resultados es consecuencia, en parte, de la metodología, y en parte

de la realidad. Los efectos del desempleo sobre la salud se producen en el individuo (quien se queda desempleado y su familia) y en el contexto (vivir en una comunidad con problemas de desempleo)³³. Hay mecanismos causales que ligan el desempleo y la salud con signos opuestos y efectos a corto y largo plazo, lineales y no lineales. Por una parte, el desempleo influye negativamente en la renta, dependiendo de la generosidad de las prestaciones económicas públicas del país. El empobrecimiento empeora la dieta, las condiciones de vida y la salud mental. Pero, por otra parte, el desempleo reduce el coste de oportunidad del tiempo y el estrés del trabajo, permite dormir más y dedicar tiempo al autocuidado de la salud. Además, reduce la exposición a accidentes laborales y de tráfico. En el contexto, el descenso de la producción industrial reduce la contaminación, afectando positivamente a la salud de la población residente en la zona. Así pues, el efecto neto del desempleo sobre la salud dependerá de la resultante de esos vectores contrapuestos. Pasado cierto umbral, la emigración, el desempleo y el empobrecimiento de las familias pueden terminar generando fuertes externalidades en costes, bajo la forma de violencia, delitos, inseguridad, marginalidad y exclusión social. Para el individuo, son fronteras difícilmente reversibles que perpetuarán la marginación. Por eso es esencial que el desempleo, particularmente de los jóvenes, se aproveche para invertir en capital humano. Nunca las políticas sociales y de educación son tan esenciales como durante las crisis económicas.

El sector público tiene un papel fundamental en las crisis, no sólo por las políticas, sanitarias o no, que afectan de manera directa o indirecta a la salud, sino también por su capacidad para distribuir en el tiempo los efectos económicos (planes de inversión, déficit corriente para afrontar las políticas sociales y redistributivas). Así pues, indirectamente la propia política económica tiene la capacidad de agudizar o aminorar el empeoramiento de la salud si retrasa o acelera la salida de la crisis. Además de los efectos más visibles a corto plazo, como la reducción general de los presupuestos públicos, un efecto indirecto de las crisis es que la salud pierde prioridad para los gobiernos y visibilidad para las poblaciones, ante los problemas económicos más acuciantes. Se reducen los presupuestos de salud y de asistencia sanitaria, y se demoran los planes de inversión, incluyendo los de capital humano. Ante la urgencia de la crisis, se corre el riesgo de perder la atención a la intersectorialidad, a la «salud en todas las políticas» y a la prevención y los programas de largo plazo.

¿Qué sabemos por la experiencia de crisis anteriores? Algunas evidencias aparentemente contraintuitivas

En los países en desarrollo, las crisis económicas suelen tener más impacto, porque afectan intensamente a los populosos grupos de población más vulnerables. Los efectos se producen por el impacto simultáneo de la caída de la capacidad adquisitiva, en un contexto de fuertes subidas de precios, y de la pérdida de acceso a los servicios de salud, bien sea porque al perder el empleo se pierden también los derechos a la atención sanitaria, o bien porque los programas públicos de salud reducen su gasto. En México, la crisis de 1996 hizo aumentar la mortalidad de los niños (0–4 años) y de los mayores de 60 años entre un 5 y un 7%. Unos 7000 niños y unos 20.000 mayores habrían muerto como consecuencia de la crisis³⁴. La crisis de 1997 de los «Dragones del Sudeste Asiático» tuvo consecuencias trágicas para la salud de los grupos vulnerables, particularmente de los niños y de los más pobres^{35,36}. Indicadores como la incidencia de bajo peso al nacer y de los niños en edad escolar, o la incidencia de la malaria, sarampión y diarreas infantiles, reflejan el efecto de las crisis, que

incluso se ha notado en las tasas ajustadas de mortalidad de Corea del Sur³⁷.

Un caso bien estudiado es el de Rusia. A raíz de la desintegración del régimen soviético y de la posterior puesta en marcha de estrategias de «terapia de choque» hacia el capitalismo, muchos de los países europeos del bloque oriental sufrieron un aumento considerable de la mortalidad. Entre 1990 y 1994, la mortalidad estandarizada por edad aumentó en Rusia un 30%, y la esperanza de vida de los hombres cayó de 64 a 58 años (en las mujeres, de 74 a 71 años). Más del 75% de la caída de la esperanza de vida se ha debido a los aumentos de mortalidad de los hombres en edad laboral, sobre todo por causas externas y por enfermedad cardiovascular^{38–40}. No es fácil establecer las causas porque ocurrieron simultáneamente la desintegración institucional, la crisis económica y los problemas de drogadicción, alcoholismo, malnutrición y deterioro del sistema de salud^{8,41,42}. La rápida privatización de las empresas, con el consiguiente aumento del desempleo, es una de las causas que se arguyen⁷, aunque esta justificación es objeto de intenso debate⁴³.

Como contrapunto a Rusia, la vecina Finlandia sufrió una severa recesión en esos mismos años, entre 1990 y 1994, con un aumento del desempleo del 2 al 18%, que sin embargo no tuvo efectos adversos sobre la salud, más bien al contrario, pues durante la crisis disminuyó el consumo de alcohol, con efectos positivos sobre la mortalidad; disminuyeron los suicidios⁴⁴ y los intentos de suicidio⁴⁵, y se redujo el gradiente socioeconómico de la mortalidad⁴⁶. Las prestaciones del estado del bienestar en Finlandia amortiguaron los efectos de la crisis, mientras que la desintegración institucional en Rusia los agravó.

En la sección anterior argumentábamos que el aumento del desempleo ejerce influencias positivas y negativas sobre la salud. La resultante de esas dos fuerzas contrapuestas marca el signo final de la asociación entre desempleo y mortalidad, que varía de unas crisis a otras³². En los años 1970, varios estudios con datos temporales concluyeron que el desempleo tenía efectos negativos sobre la mortalidad (salvo por accidentes) y sobre la salud^{26,27}, pero en los últimos años, con métodos estadísticos de panel más sofisticados que controlan por efectos fijos del estado (o la provincia) invariantes en el tiempo, diversos investigadores concluyen que se da la relación opuesta: la salud mejora en tiempos de crisis económica y empeora en años de bonanza. Deaton y Paxson concluyen en 1999 que los aumentos de renta en las épocas alcistas del ciclo hacen aumentar la mortalidad porque empeoran los estilos de vida⁴⁷. Ruhm, basándose en un análisis con datos agregados para los estados de Estados Unidos en los años 1972–1991, estima en 2005 que las fases bajistas del ciclo se asocian a caídas de la mortalidad, y que un 1% de aumento del desempleo en Estados Unidos resulta en una reducción del 0,5% en la mortalidad general²⁹. Otro estudio posterior del mismo autor con microdatos de adultos para 1987–2000 observó que cuando subía el desempleo en Estados Unidos disminuía ligeramente la mortalidad, las personas reducían el consumo de tabaco y el exceso de peso, y aumentaban el ejercicio físico en el tiempo libre⁴⁸. Según las estimaciones de Ruhm, la caída del 1% de la población ocupada reduce la prevalencia de tabaquismo, obesidad, inactividad física y múltiples riesgos para la salud en un 0,6, 0,4, 0,7 y 1,1%, respectivamente. Esos efectos se han notado en particular en las personas más extremadamente insanas, los grandes fumadores, los muy obesos y los que no hacían ejercicio físico en absoluto. Otros estudios también han encontrado efectos procíclicos del desempleo sobre la salud en otros países del primer mundo, además de Estados Unidos⁴⁹: en Francia³⁰, en Alemania⁵⁰, y en un grupo de 16 países de la OCDE⁶. Asimismo, se han publicado resultados similares para España⁵¹. Con datos de las provincias españolas (1980–1997), según los cuales el desempleo osciló entre el 7 y el 24%, un modelo de panel de efectos fijos

concluye que la mortalidad aumenta procíclicamente cuando hay expansión económica y caída del desempleo.

La Gran Depresión es posiblemente la crisis más parecida a la actual, por su magnitud y globalidad. En Estados Unidos, el producto interior bruto y el consumo per cápita cayeron en picado entre 1929 y 1933 (alrededor del 40% de caída en el PIB y del 30% en el consumo). El desempleo industrial subió del 7,9 al 26,1%. La Gran Depresión tuvo efectos directos e indirectos sobre la salud de la población, a corto plazo y posiblemente, en peor medida, a largo plazo. La tasa de suicidios de hombres blancos aumentó a principios de la década 1930 en los tramos de edad de 45 y 74 años⁵² (y se redujo durante la II Guerra Mundial). La salud de los desempleados fue empeorando a lo largo de la recesión, no sólo por el efecto renta sino también por el sesgo de selección, a medida que los trabajadores de salud más frágil iban siendo despedidos⁵³. Algunos estudios de la época⁵⁴ señalan que hubo una mayor mortalidad en las familias con un sustentador principal sin empleo o trabajando a tiempo parcial, así como la mayor incidencia de enfermedades en las familias que experimentaron descensos en sus ingresos.

Así pues, después de revisar trabajos empíricos originales que buscan asociaciones entre crisis económica y salud, concluimos que el signo y la intensidad de los efectos dependen de las condiciones particulares en que se produce la crisis, de su intensidad y de su duración.

Volviendo a la situación actual, todavía es pronto para detectar efectos de la recesión sobre la salud. Sin embargo, hay síntomas de afectación de los detonantes de problemas de salud, desempleo y pobreza. Los datos de desempleo son desalentadores, no solamente por el ritmo de aumento y porque duplicamos el de la Unión Europea, con cuatro millones de parados en el primer trimestre de 2009, sino también porque está afectando a los sustentadores principales de las familias y porque los jóvenes desempleados no parecen aprovechar el tiempo libre para formarse, según los datos de la Encuesta de Población Activa del INE. Hay ya algunos síntomas de cambio en los patrones de alimentación. En el primer semestre de 2008 aumentó el consumo de bollería en las familias, y se redujo el de frutas frescas y pescado fresco, según datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino⁵⁵. Según un informe de Cáritas⁵⁶, en el primer semestre de 2008 se duplicaron las peticiones de ayuda económica para alimentos respecto a 2007.

El lado positivo de las crisis

Las crisis económicas pueden tener efectos positivos sobre la salud allá donde las necesidades mínimas estén garantizadas. El periodo de desempleo se puede emplear para capitalizar la salud, mejorando los estilos de vida y el nivel educativo. Otras mejoras de la salud se deben a que la contaminación ambiental disminuye con la caída de la producción industrial, y los accidentes se reducen al mejorar el tráfico y la congestión.

Etimológicamente, las «crisis» no son malas. Comparten raíz con «criterio» y con «crítica», porque su significado es «separación» o «rompimiento», un momento decisivo. No es sólo que toda crisis económica tenga beneficiarios, sino que además las crisis económicas ofrecen oportunidades y acicates para cambiar. Facilitan o provocan los cambios organizativos frenados por la inercia, y son una excelente oportunidad para racionalizar los sistemas de salud, desapegarse de las rutinas, abandonar los malos programas y priorizar las decisiones con criterios explícitos, buscando la rentabilidad social de las políticas. Un ejemplo es el plan Obama 2009 de actuación pública en la crisis, que incluye acciones para mejorar la calidad de la atención sanitaria y su evaluación, y para mejorar los sistemas de información⁵⁷. Sería

una oportunidad perdida para España que se afrontaran las restricciones impuestas por la crisis simplemente recortando todos los programas proporcionalmente y paralizando los nuevos proyectos.

En el mundo empresarial encontramos ejemplos de crisis bien aprovechadas por las organizaciones, que salen fortalecidas gracias a sus estrategias de cambio. Por sectores, posiblemente esta crisis impulse una revolución tecnológica, con la reconversión de la maltrecha industria automovilista americana hacia los coches eléctricos.

En suma, no hay leyes universales sobre las reacciones de la salud ante las crisis económicas, porque dependen del contexto institucional y cultural, y de la intensidad, la duración y la velocidad de la caída, y sobre todo de los tipos de respuesta. Los efectos de las crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad, del estado del bienestar y de las redes sociales y familiares.

Bibliografía

- Reinhart C, Rogoff K. The aftermath of financial crises. NBER Working Paper No. 14656 2009.
- National Bureau of Economic Research (NBER). Business cycle expansions and contractions [consultado 3/3/2009]. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2009. Disponible en: <http://www.nber.org/cycles/cyclesmain.html>
- Laeven L, Valencia F. Systemic banking crises: a new database. Washington: Fondo Monetario Internacional; 2008 Contract No.: WP08/224.
- Pinilla J, González López-Valcárcel B. Exploring changes in dental workforce, dental care utilization and dental caries levels in Europe 1990–2004. *Int Dent J*. En prensa 2009.
- Lundberg O, Yngwe MA, Stjerne MK, et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet*. 2008;372:1633–40.
- Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4:298–316.
- Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009;373:399–407.
- McKee M. Substance use and social and economic transition: the need for evidence. *Int J Drug Policy*. 2002;13:453–9.
- Lynch J, Smith GD, Harper S, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q*. 2004;82:5–99.
- Babones SJ. Income inequality and population health: correlation and causality. *Soc Sci Med*. 2008;66:1614–26.
- Leigh A, Jencks C, Smeeding TM. Health and economic inequality. En: Salverda WNB, Smeeding TM, editors. *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. Nueva York: Oxford University Press; 2009. p. 384–406.
- Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Popul Stud (Camb)*. 1975;29:231–48.
- Rodgers GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. 1979. *Int J Epidemiol*. 2002;31:533–8.
- Leigh A, Jencks C. Inequality and mortality: long-run evidence from a panel of countries. *J Health Econ*. 2007;26:1–24.
- Massey DS. Economic development and international migration in comparative perspective. *Population and Development Review*. 1988;14:383–413.
- McKay L, Macintyre S, Ellaway A. Migration and health: a review of the international literature. Glasgow: Medical Research Council, Social and Public Health Sciences Unit; 2003.
- Norman P, Boyle P, Rees P. Selective migration, health and deprivation: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med*. 2005;60:2755–71.
- Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*. 2004;79:6–16.
- Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*. 2008;87:1107–1117.
- Case A, Paxson C. Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *American Economic Review*. 2002;92:1308–34.
- Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. *J Health Econ*. 2005;24:365–89.
- Cutler DM, Lleras-Muney A, Vogl T. Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. 2008;14333.
- Groot W, Maassen van den Brink H. The health effects of education. *Economics of Education Review*. 2007;26:186–200.
- Groosman M, Kaestner R. Effects of education on health. En: Behrman J, Stacey N, editors. *The social benefits of education*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997. p. 69–123.
- Bambra C, Pope D, Swami V, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:38–44.

26. Brenner MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936–76. *Lancet.* 1979;ii:568–73.
27. Brenner MH. Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet.* 1979;i:672.
28. Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century – experience of the United States 1901–2000. *Int J Epidemiol.* 2005;34:1214–21.
29. Ruhm C. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics.* 2000;115:617–650.
30. Tom B, Michel G, Florence J. Unemployment and mortality in France, 1982–2002. Hamilton, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University; 2007.
31. Neumayer E. Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Soc Sci Med.* 2004;58:1037–47.
32. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ.* 1995;153:529–40.
33. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med.* 2009;360:749–51.
34. Cutler D, Knaul F, Lozano R, et al. Financial crisis, health outcomes and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. National Bureau of Economic Research, Inc; 2000.
35. Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, et al. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med.* 2000;51:789–807.
36. Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan.* 2003;18:172–81.
37. Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol.* 2005;34:1291–301.
38. Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA.* 1998;279:793–800.
39. Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, et al. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ.* 1998;317:312–8.
40. Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet.* 2001;357:917–21.
41. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet.* 2007;369:2001–9.
42. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet.* 1997;350:383–8.
43. Mass murder and the market. *The Economist.* 2009, 22 enero.
44. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamaki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985–1995. *Scand J Public Health.* 1999;27:85–8.
45. Ostamo A, Lonnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989–1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36:354–60.
46. Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, et al. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged women in Finland. *Eur J Public Health.* 2000;10:274–80.
47. Deaton A, Paxson C. Mortality, education, income, and inequality among American cohorts. National Bureau of Economic Research, Inc; 1999.
48. Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *J Health Econ.* 2005;24:341–63.
49. Tapia Granados JA. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996. *Int J Epidemiol.* 2005;34:1194–202.
50. Buchmueller T, Grignon M, Jusot F. Unemployment and mortality in France, 1982–2002. Chepa working paper series n.º 07-04. Hamilton: McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA);2007. 32 p.
51. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *Journal of Population.* 2005;21:393–422.
52. MacMahon BJ, Samuel Pugh, Thomas F. Relation of suicide rates to social conditions. Evidence from US vital statistics. *Public Health Rep.* 1963;78:285–93.
53. Murray J. Workers' health during the great depression. Origins of American health insurance: a history of industrial sickness funds. New Haven: Yale University Press; 2007.
54. Sydenstricker E. Health in the New Deal. *Annals of the American Academy of Political and Social Science.* 1934;176:131–7.
55. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Datos sobre el consumo alimentario en España. 2009. Disponible en: <http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/consumo/ultimdatos.htm>.
56. Cáritas. Observatorio de la realidad social. Octubre 2008 [consultado 2/3/2009]. Disponible en: www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Evolucion-DemandasCaritas21oct08.pdf
57. Steinbrook R. Health care and the American Recovery and Reinvestment Act. *N Engl J Med.* 2009;360:1057–60.