

Informe SESPAS

Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014



Glòria Pérez^{a,b,c,d,*}, Maica Rodríguez-Sanz^{a,b,c,d}, Felicitas Domínguez-Berjón^e, Elena Cabeza^f y Carme Borrell^{a,b,c,d}

^a Servei de Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^b Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^e Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

^f Estratègia d'Alimentació i Vida Activa, Direcció General de Salut Pública i Consum, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, Palma de Mallorca, Mallorca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de octubre de 2013

Aceptado el 20 de marzo de 2014

Palabras clave:

Recesión económica

Determinantes sociales de la salud

Vigilancia de la salud pública

Indicadores de estado de salud

R E S U M E N

La crisis económica tiene efectos adversos sobre los determinantes de la salud y las desigualdades en salud. El objetivo de este artículo es presentar una propuesta de indicadores de salud y sus determinantes para vigilar los efectos de la crisis en España. A partir del marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España se ha realizado la búsqueda de indicadores de los determinantes sociales, económicos y políticos (estructurales e intermedios), además de los indicadores de salud, teniendo en cuenta los ejes de desigualdad social (sexo, edad, posición socioeconómica y país de origen). Para ello se han obtenido indicadores que proceden en su mayoría de fuentes de datos oficiales publicados en la *web*. Los indicadores seleccionados se actualizan periódicamente, son comparables en el tiempo y en el territorio (entre comunidades autónomas y en algunos casos entre países de la Unión Europea), y están disponibles según diferentes grupos de edad, sexo, posición socioeconómica y país de origen. Sin embargo, muchos de estos indicadores no son lo suficientemente reactivos a los cambios rápidos, como sucede en el contexto de la crisis económica, por lo que es necesario monitorizarlos a lo largo del tiempo. Otra limitación es carecer de información que permita obtener los indicadores según los ejes de desigualdad. En conclusión, los indicadores propuestos permiten avanzar en la vigilancia de los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en nuestro país.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Indicators to monitor the evolution of the economic crisis and its effects on health and health inequalities. SESPAS report 2014

A B S T R A C T

The economic crisis has adverse effects on determinants of health and health inequalities. The aim of this article was to present a set of indicators of health and its determinants to monitor the effects of the crisis in Spain. On the basis of the conceptual framework proposed by the Commission for the Reduction of Social Health Inequalities in Spain, we searched for indicators of social, economic, and political (structural and intermediate) determinants of health, as well as for health indicators, bearing in mind the axes of social inequality (gender, age, socioeconomic status, and country of origin). The indicators were mainly obtained from official data sources published on the internet. The selected indicators are periodically updated and are comparable over time and among territories (among autonomous communities and in some cases among European Union countries), and are available for age groups, gender, socio-economic status, and country of origin. However, many of these indicators are not sufficiently reactive to rapid change, which occurs in the economic crisis, and consequently require monitoring over time. Another limitation is the lack of availability of indicators for the various axes of social inequality. In conclusion, the proposed indicators allow for progress in monitoring the effects of the economic crisis on health and health inequalities in Spain.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Economic recession

Social determinants of health

Public health surveillance

Health status indicators

* Autora para correspondència.

Correo electrónico: gperez@aspb.cat (G. Pérez).

Ideas clave

- Existe evidencia del efecto de anteriores crisis económicas sobre el deterioro de la salud de la población, que afecta con una gran desproporción a las personas de los colectivos más vulnerables.
- Los indicadores de los determinantes estructurales e intermedios y de salud permiten vigilar el efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud.
- Los indicadores proceden de diversas fuentes de datos oficiales y la mayoría de ellos son comparables en el tiempo, en el territorio y en diferentes grupos de edad, sexo, posición socioeconómica y país de origen.
- Muchos de estos indicadores no son suficientemente reactivos a los cambios rápidos que se producen en el contexto de la crisis económica.

Introducción

La crisis económica y su efecto en la salud

La economía española entró en recesión en el último trimestre de 2008, cuando su producto interior bruto cayó durante dos trimestres consecutivos hasta alcanzar un crecimiento negativo de alrededor del 1,5% en el segundo trimestre de 2009. Luego se produjo una débil recuperación, para volver a caer, situación que no ha mejorado hasta el presente, con un desempleo que ha aumentado hasta cifras históricas.

La crisis económica tendrá un impacto sobre la salud de la población, que dependerá de factores como su extensión, naturaleza y duración, de las políticas económicas y sociales coexistentes, de los valores socioculturales dominantes, del nivel de bienestar formal e informal, y de los cambios demográficos en el mercado laboral. Estos factores, además de los recortes y las reformas en los sistemas de protección social que se adopten, podrán tener efectos adversos sobre la salud y las desigualdades en salud¹.

Existe evidencia del efecto de la crisis económica sobre la salud, en concreto en el deterioro de la salud mental² que puede repercutir en el aumento de muertes por suicidio³, el incremento del consumo de alcohol y de drogas, y el aumento de la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁴.

Las crisis económicas afectan de manera más desproporcionada a las personas de clases sociales desfavorecidas y las minorías étnicas. También son colectivos vulnerables a los efectos de la crisis económica las madres solteras y sus hijos, la infancia y la juventud, y las personas mayores⁵.

La actual crisis económica europea ha tenido distintas respuestas por parte de los países. En España, las políticas de austeridad basadas en recortes tendrán efecto sobre la salud de la población no sólo a corto plazo, como ya se ha observado⁶, sino también a largo plazo. Además, la crisis económica y las medidas de austeridad basadas en recortes podrían tener un efecto diferencial en la salud de la población⁷, y con ello aumentar las desigualdades en salud.

Para entender el efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud, y poder actuar en consecuencia, se requiere vigilar de forma sistemática los indicadores de salud y de los determinantes de la salud. El objetivo de este artículo es presentar una propuesta de indicadores de salud y sus determinantes para vigilar los efectos de la crisis en España. Para ello, en primer lugar presentamos el modelo conceptual en que nos basamos, para luego hacer la propuesta.

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud

El marco conceptual propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España⁸ (fig. 1) nos permite entender la relación existente entre los determinantes sociales y económicos y la salud y las desigualdades en salud.

Los factores estructurales son el contexto socioeconómico y político y la estructura social. El contexto socioeconómico y político incluye el gobierno en su sentido más amplio (tradición política, transparencia, corrupción, etc.) y los actores económicos y sociales. Ambos determinan las políticas macroeconómicas, de mercado de trabajo y de estado del bienestar, que incluyen las intervenciones del Estado dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población: los servicios públicos (sanidad, educación, apoyo a las familias, servicios sociales y vivienda social), cuya gestión y financiación han sido en gran parte transferidos a los gobiernos autonómicos, las transferencias sociales (pensiones de vejez, viudedad, discapacidad, desempleo y otras prestaciones) y los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

La estructura social se basa en los ejes de desigualdad social, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes también determinan las oportunidades de tener una buena salud, con lo que resultan más beneficiadas las personas jóvenes y adultas, las de raza blanca, las originarias de áreas geográficas más ricas, los hombres y las personas de clases sociales privilegiadas.

Los factores intermedios incluyen los recursos materiales, que se refieren a las condiciones de empleo y trabajo, a la carga de trabajo reproductivo, al nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial, a la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y al barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos materiales influyen tanto en los procesos psicosociales (falta de control y de apoyo social, y situaciones de estrés) como en las conductas relacionadas con la salud, también llamadas estilos de vida. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan desigualdades en salud. Respecto a los servicios sanitarios, los grupos menos favorecidos pueden verse más afectados por un menor acceso y una menor calidad de éstos.

Indicadores para monitorizar los determinantes de la salud y la salud en tiempos de crisis

Los indicadores permiten vigilar la salud de una población y sus determinantes. Existen diversos criterios que hacen posible asegurar la calidad de los indicadores⁹, como son la importancia y la relevancia de éstos, su validez, la posibilidad de ser calculados a lo largo del tiempo, el sentido del indicador y las implicaciones de calcular un cierto indicador y descartar otros.

De lo expuesto se deriva la necesidad de obtener información en forma de indicadores de calidad que permitan describir y monitorizar los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en España.

A partir del marco conceptual se ha realizado la búsqueda de indicadores en las webs de instituciones que publican indicadores periódicamente, comparables a lo largo del tiempo y que permiten tener actualizaciones, además de poder acceder en algunos casos a datos desagregados por comunidades autónomas y por edad y sexo. La mayoría de los indicadores se han obtenido de los diferentes sistemas de información del Instituto Nacional de Estadística, y otras fuentes de información han sido la Junta electoral, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Consejo del Poder Judicial, el Barómetro Social de España y las estadísticas de los Ministerios de Sanidad, de Interior y de Fomento. En algunos casos se ha podido obtener indicadores de Eurostat, del European

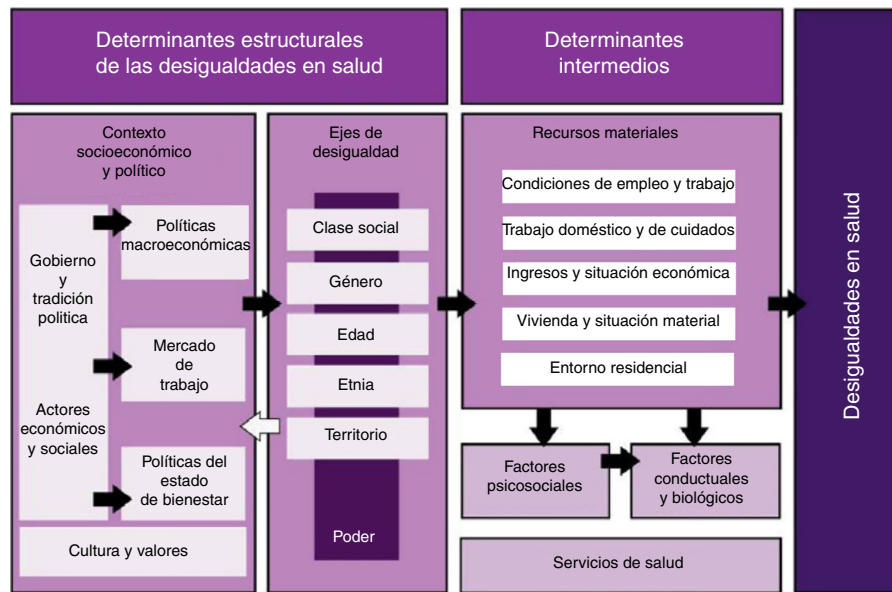


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010⁸.

System of Integrated Social Protection Statistics, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y de Transparency International España.

Para cada indicador se incluyen su nombre y definición, el nivel de agregación (si sólo es para el país o si se puede obtener por comunidades autónomas) y otro tipo de variables de estratificación como edad, sexo y nacionalidad, así como otras propias de cada indicador (p. ej., el tipo de contrato en las condiciones de empleo). Se indican también la serie de datos hasta el último año disponible y la fuente de donde proceden. Los indicadores de determinantes sociales y económicos se sitúan e integran en el apartado correspondiente del marco conceptual. En las tablas de este artículo se muestra un indicador por determinante y algunos de los propuestos para salud. En el Anexo de la versión *on-line* del artículo se presentan las tablas con todos los indicadores propuestos y se añaden los enlaces *web*, aun sabiendo que muchos de ellos pueden variar rápidamente.

Indicadores de los determinantes sociales y económicos

1) Determinantes estructurales

Los estudios que relacionan el contexto político con la salud y las desigualdades en salud de la población son escasos, aunque han aumentado en los últimos años. Hay trabajos que han demostrado la influencia de la tradición política en la salud, en el sentido de que aquellos países con tradición socialdemócrata que potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, obtienen mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud. De todos modos, otros estudios no han encontrado relaciones tan explícitas con las desigualdades en salud¹⁰. Por otro lado, existen estudios que han señalado la relación entre la democratización de los países y la mejora de la salud de la población¹¹.

También se ha hecho evidente que la salud poblacional mejora a medida que aumenta la riqueza de los países; sin embargo, en los países de renta alta esta relación ya no es tan importante y hay otras variables que influyen, como la desigualdad de renta y la pobreza. Los países con mayor desigualdad de renta presentan peores indicadores de salud, al igual que las personas que están bajo el umbral de la pobreza. En un contexto de crisis

económica como el actual, el aumento de la desigualdad de renta en la población¹² repercutirá negativamente en la salud y en las desigualdades en salud.

La evidencia muestra que los países con el nivel más alto de protección social y provisión universal tienden a obtener mejores resultados en salud²¹. Un estudio en los países europeos mostró cómo la relación negativa entre el desempleo y la salud varía según el régimen de estado de bienestar, e indica que los niveles de protección social pueden tener una influencia moderadora¹³.

Sin embargo, la crisis económica actual, el fuerte aumento de la deuda pública y el aumento del desempleo, que afectan de manera negativa a los sistemas de seguridad social, significan una nueva amenaza para el estado del bienestar. Paradójicamente, cabe destacar que la respuesta de los sistemas de protección social es un estabilizador económico y un amortiguador social de los impactos de la crisis¹⁴, mientras que las políticas de austeridad y los recortes en protección social en situación de crisis económica generan más pobreza y necesidades, al mismo tiempo que favorecen el aumento de las desigualdades sociales y consecuentemente de las desigualdades en salud¹⁵.

En la *tabla 1* se muestra una selección de los indicadores de contexto político y socioeconómico seleccionados (la tabla más extensa se muestra en el Anexo de la versión *on-line* de este artículo).

2) Determinantes intermedios

Diversos estudios han mostrado de un modo concordante que el desempleo, las peores condiciones en el trabajo, la reducción de los ingresos¹⁶ y la carga de trabajo reproductivo se asocian a un deterioro de la salud⁶. Aún son escasos los estudios sobre el efecto en la salud del acceso a la vivienda, aunque hay algunos estudios que muestran una peor salud de las personas desahuciadas¹⁷.

Las medidas de austeridad aplicadas a los servicios sanitarios, como el recorte de los presupuestos para recursos humanos y suministro de material médico, han producido en otros países un aumento en los ingresos hospitalarios¹⁸ y un deterioro de algunos indicadores de salud por las carencias en el acceso a servicios preventivos¹⁹. Una de las medidas de austeridad para el sector sanitario en nuestro país ha sido la exclusión de los

Tabla 1
Indicadores propuestos del contexto socioeconómico y político: definición, características y fuentes de información

Determinante	Indicador y definición	Nivel de agregación	Serie de datos (años)	Fuente de datos
Gobierno y tradición política	Porcentaje de votos a partidos de izquierdas	País, CCAA	1977-2012	Junta Electoral Central Introducir la selección necesaria para obtener el indicador
Políticas de mercado laboral	Porcentaje de paro en la población activa obtenido como la media de los cuatro trimestres de cada año. Los cambios metodológicos introducidos en 2001 y 2005 reducen el número de personas definidas como desempleadas, El INE lo estima en el 20% y el 4%, respectivamente	País, CCAA, sexo, estudios alcanzados y edad	1994-2012	Encuesta de población activa, INE
	Porcentaje de paro en población de 16-29 años según nivel educativo	País, CCAA	1991-2010	INEbase. Indicadores sociales. INE
Políticas macroeconómicas y desigualdad de renta y pobreza	Porcentaje de población bajo el umbral de pobreza, definiendo éste como el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo	País, CCAA, edad y sexo	2004-2012	Encuesta de condiciones de vida, INE
Políticas del estado de bienestar: educación	Gasto en educación (total y público) como porcentaje del PIB	País, UE	1991-2011	Eurostat database. ESSPROS
	Porcentaje de población sin estudios	País, CCAA	1991-2010	INEbase. Indicadores sociales, INE
Políticas del estado de bienestar: sanidad	Gasto en salud público/privado: en euros, euros/habitante, porcentaje del PIB	País, UE	1991-2010	INEbase. Indicadores sociales, INE
Políticas del estado de bienestar: vivienda	Porcentaje de viviendas protegidas sujetas a distintos regímenes de protección, promovidas en el ámbito de planes estatales de vivienda, viviendas de promoción pública y otros programas de iniciativa autonómica, de nueva construcción sobre el total de viviendas construidas	País	1994-2012	Ministerio de Fomento Barómetro Social de España
Políticas del estado de bienestar: dependencia	Personas beneficiarias con derecho a prestación: número, porcentaje del total de dictámenes, porcentaje del total de población	País, CCAA	2007-2013	Portal SAAD, IMSERSO

PIB: producto interior bruto; CCAA: comunidades autónomas; UE: Unión Europea; ESSPROS: European System of Integrated Social Protection Statistics; EUROSTAT: Oficina Estadística de las Comunidades Europeas; INE: Instituto Nacional de Estadística; IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; SAAD: Sistema de autonomía y atención a la dependencia.

inmigrantes sin documentación del sistema sanitario²⁰, lo cual agrava las posibles dificultades de acceso a los servicios sanitarios de los colectivos más vulnerables²¹. En un modelo como el español, con cobertura universal, además de un bajo coste y de ser altamente considerado, la privatización de parte de los servicios podría incluso ser más cara que el modelo tradicional²².

En la **tabla 2** se proponen los principales indicadores de determinantes intermedios, abarcando todos los aspectos de recursos materiales, psicosociales y de servicios sanitarios (la tabla más extensa se encuentra en el Anexo *on-line* de este artículo).

Efecto de los determinantes estructurales e intermedios en los indicadores de salud y en los estilos de vida

1) La salud mental

La crisis económica produce un efecto negativo sobre los determinantes estructurales e intermedios antes comentados que puede repercutir sobre la salud, y entre ellos el deterioro de la salud mental es uno de los efectos más estudiados. El aumento de la ansiedad y la depresión, y la disminución de la percepción de la competencia y la autoestima, producidos entre otros factores por el desempleo, son algunos de los mecanismos mediante los que la crisis económica podría afectar a la salud. En España ya se ha observado el aumento de los problemas de salud mental debidos a la crisis económica⁷.

Los jóvenes y los desempleados menos cualificados son los que tienen mayores dificultades para encontrar trabajo durante una

crisis económica²³, y esta población tiene un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental que los que permanecen empleados²⁴. Por otro lado, también existe evidencia de que la crisis económica puede aumentar la mortalidad por suicidios y los intentos de suicidio³.

La relación entre los determinantes del riesgo de mala salud mental y sus mediadores se describen en la **tabla 3**, y los indicadores de salud mental se muestran en la **tabla 4** basándose en las propuestas realizadas por Winters et al.,⁶ y Wahlbeck et al.²⁵.

2) Los estilos de vida

El desempleo es un determinante del aumento del consumo de drogas y alcohol. En algunos países se ha observado un aumento de la mortalidad por causas relacionadas con el alcohol y el consumo de drogas por efecto de la actual crisis económica⁵. Sin embargo, la reducción en los ingresos podría llevar a una reducción del hábito de fumar, del consumo de drogas y de las lesiones relacionadas con el tráfico²⁶. En la **tabla 4** se muestran los principales indicadores propuestos de salud (la tabla más extensa se encuentra en el Anexo *on-line* de este artículo).

En los países occidentales existe una asociación entre las crisis económicas y la dieta, ya sea por disminución de la cantidad o de la calidad de los alimentos²⁷. El aumento del coste de la vida comporta un mayor esfuerzo requerido para realizar una alimentación saludable y en cantidades adecuadas. Así, la crisis económica, mediante el empobrecimiento de las familias, hace

Tabla 2
Indicadores propuestos de determinantes sociales y económicos intermedios: definición, características y fuentes de información

Determinante	Indicador y definición	Nivel de agregación	Serie de datos (años)	Fuente de datos
Recursos materiales: condiciones de empleo y de trabajo	Porcentaje de temporalidad de los asalariados utilizando la media de los cuatro trimestres de cada año	País, sexo, edad y tipo de contrato	2005-2012 ^a	Encuesta de población activa. Datos anuales. INEbase
Recursos materiales: trabajo doméstico y cuidados	Porcentaje de menores de 3 años atendidos sólo por su familia (padre y madre), respecto al total de menores de 3 años	País	2005- 2011	The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), Eurostat
Recursos materiales: ingresos y situación económica	Porcentaje de personas que han tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) en los últimos 12 meses	País, CCAA	2004-2012	Encuesta de condiciones de vida, INE
Recursos materiales: vivienda y situación material	Índice de esfuerzo para la compra de vivienda para un hogar medio: porcentaje de la renta del hogar que suponen las cuotas a pagar en el primer año tras la adquisición de un préstamo hipotecario por el 80% del valor del piso y una vez descontadas las deducciones fiscales correspondientes a dicha compra (media de los cuatro trimestres de cada año)	País	1994-2011	Consejo del Poder Judicial Barómetro Social de España
Cultura y valores: cohesión social	Porcentaje de personas que refieren que se puede confiar en el resto de la gente	País	2009-2012	Barómetros del CIS
Cultura y valores: participación en la comunidad (cultural, deportiva, religiosa o espiritual)	Porcentaje de personas que refieren pertenencia a asociaciones u organizaciones	País	2009, 2011, 2012	Barómetros del CIS
Servicios de salud	Lista de espera para ingreso hospitalario en los últimos 12 meses	País, CCAA Sexo, edad, clase social	1987-2012	Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad
Factores psicosociales: estrés	Proporción de personas empleadas que refieren como muy o bastante probable que pierdan su empleo actual en los próximos 12 meses, respecto al total de empleadas	País	Desde diciembre de 2010 está con periodicidad casi mensual	Barómetros del CIS

CCAA: comunidades autónomas; CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas; EUROSTAT: Oficina Estadística de las Comunidades Europeas; INE: Instituto Nacional de Estadística.

^a Los cambios metodológicos introducidos en la Encuesta de población activa en 2001 y 2005 apenas influyen en este indicador.

que la pobreza tenga efectos sobre la salud de la población en forma de malnutrición. Las personas más vulnerables a la malnutrición son las que pertenecen a las familias con menos ingresos, la infancia, los mayores y los discapacitados²⁸.

Existen publicaciones de los posibles efectos positivos de la crisis económica sobre la salud, como el aumento de las oportunidades para la actividad física y el ocio al reducir las horas de trabajo. Ello dependerá de cómo las personas sean capaces

Tabla 3
Efectos en la salud mental de los determinantes sociales y económicos (basados en las propuestas realizadas por Winters et al.⁶ y Wahlbeck et al.²⁶)

Determinante	Mediado por	Efecto en la salud	Población en riesgo
Aumento de la pobreza	Desigualdades	Mala salud mental, depresión y suicidio, desarrollo de déficits emocional, cognitivo y físico	Personas pobres o cercanas al umbral de la pobreza, infancia en extrema pobreza
Carencia material y altos niveles de deudas	Estrechez económica, preocupación por el pago de la vivienda y de imprevistos, imposibilidad de hacer frente a los gastos habituales	Mala salud mental, estrés, factores de riesgo para enfermedades mentales y aumento de las depresiones	Trabajadores poco cualificados, personas inexpertas en manejar dificultades económicas, madres solteras
Recortes en la salud y servicios sociales	Pérdida de apoyo del Estado para mitigar el efecto de la crisis económica	Mala salud mental, sentimientos de impotencia, confusión, enojo e inseguridad	Familias, madres con hijos a su cargo, infancia y adolescencia
Precariedad laboral	Disminución de las opciones laborales, pérdida del control, miedo a la pérdida del trabajo, aumento de las cargas de trabajo	Mala salud mental, estrés laboral	Trabajadores poco cualificados, trabajadores del sector público y en sectores que tienden a reducir personal
Deterioro de las relaciones familiares	Estrés familiar, interacción en la pareja	Mala salud mental, sentimientos de impotencia, inseguridad	Madres con hijos a su cargo, infancia y adolescencia
Aumento del desempleo	Estrechez económica y pérdida del nivel social, de identidad y de autoestima	Estrés psicológico, abuso de alcohol, depresión y suicidio	Jóvenes y adultos en edad activa, madres

Tabla 4
Indicadores de salud: definición, características y fuentes de información

Indicador y definición	Nivel de agregación	Serie de datos (años)	Fuente de datos
Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por suicidio (código 098 de la lista reducida del INE)	País y CCAA Sexo, edad	Anual hasta 2012	Registro de mortalidad del INE
Mala salud mental: se obtienen la media y la desviación típica de la puntuación entre 0 y 12. Se considera mala salud cuando la puntuación es de 3 o más. Debe calcularse la prevalencia	País y CCAA Sexo, edad, clase social y país de nacimiento	2006, 2012	Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad
Tasa de mortalidad por causas relacionadas con el alcohol. Seleccionar como causa de muerte la cirrosis y otras enfermedades del hígado (código 071 de la lista reducida del INE)	País y CCAA Sexo, edad	Anual hasta 2012	Registro de mortalidad del INE
Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días	País y CCAA Sexo, edad	1995-2011	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Datos del Observatorio Nacional de Drogas, Ministerio de Sanidad
Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por sobredosis (código 095 de la lista reducida del INE)	País y CCAA Sexo, edad	Anual hasta 2011	Registro de mortalidad del INE
Frecuencia de consumo de drogas en los últimos 30 días	País y CCAA Sexo, edad	1995-2011	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Datos del Observatorio Nacional de Drogas, Ministerio de Sanidad
Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) por accidentes de tráfico de vehículos de motor (código 090 de la lista reducida de causas de muerte del INE)	País y CCAA Sexo, edad	Anual hasta 2012	Registro de mortalidad del INE
Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) por tuberculosis	Sexo, edad	Anual hasta 2012	Boletín epidemiológico, volumen anual. Centro Nacional de Epidemiología
Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) por VIH-sida	País y CCAA	Anual hasta 2012	Boletín epidemiológico, volumen anual. Centro Nacional de Epidemiología
Frecuencia (100) de malnutrición en la vejez y la infancia	País y CCAA Sexo, edad y clase social y país de nacimiento	1987-2012	Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad
Tasa de mortalidad (por 1000 habitantes) fetal	País y CCAA Sexo y semanas de gestación	Anual hasta 2012	Registro de mortalidad del INE
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres)	País y CCAA Sexo, edad y país de nacimiento de la madre	Anual hasta 2012	Registro de nacimientos del INE

INE: Instituto Nacional de Estadística.

de hacer frente a la situación de reducción de los ingresos. En muchos casos la crisis económica es una oportunidad para el cambio en los valores, siempre y cuando las prestaciones sociales estén aseguradas²⁹. Por otro lado, los efectos adversos en la salud de la crisis económica parecen reducirse en las personas que mantienen sus redes sociales³⁰.

3) Otros aspectos de la salud

Muchas de las muertes que se producen en invierno se deben a enfermedades respiratorias y cardiovasculares, que podrían estar favorecidas por las condiciones de frío en el interior de las casas. La pobreza energética es la incapacidad de un hogar de satisfacer la cantidad mínima de servicios de energía para cubrir las necesidades básicas. A la disminución de los recursos económicos en los hogares se suma el aumento de los costes energéticos, lo cual ha hecho que muchos más hogares se sitúen entre los que tienen una mayor pobreza energética. Las poblaciones de mayor y menor edad son los colectivos más vulnerables a la pobreza energética³¹.

También parece posible que se produzca un aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) por las dificultades de acceso a los servicios y a las medidas preventivas. Estas mismas dificultades de acceso a los servicios podrían provocar deficientes coberturas vacunales frente a enfermedades inmunoprevenibles y la aparición de brotes³².

La posible disminución de recursos dedicados al control y la eliminación de vectores podría producir la aparición y el incremento de enfermedades transmitidas por dichos vectores, como ha sucedido en Grecia con brotes por virus del Nilo Occidental y la reaparición del paludismo y el dengue autóctonos¹⁹.

Se proponen los indicadores de vigilancia de las enfermedades cardiovasculares, y además también los de la tuberculosis, las ITS incluyendo el VIH-sida, la sífilis y la infección gonocócica, y las enfermedades inmunoprevenibles, teniendo en cuenta los colectivos vulnerables (tabla 4; la tabla más extensa se encuentra en el Anexo de la versión *on-line* de este artículo).

El efecto de la crisis económica y las desigualdades en salud

Las medidas de austeridad también han llevado consigo la reducción del poder adquisitivo de las pensiones no contributivas, al mismo tiempo que se produce el crecimiento en los costes de los servicios públicos, como por ejemplo el copago de medicamentos, el aumento en el precio de alimentos fundamentales y el aumento de los costes energéticos³³. En las personas mayores ello podría producir malnutrición, enfermedades generadas por la pobreza energética y mala salud mental. Las políticas de austeridad también conllevan pobreza infantil.

Además, las medidas de austeridad están produciendo un socavamiento en los derechos ganados durante años en el acceso a la actividad laboral. La precarización del mercado laboral afecta a los

puestos de trabajo que ocupan las mujeres. Los colectivos de mujeres más vulnerables a la crisis económica son las desempleadas o con bajos ingresos, las embarazadas, las madres solteras, las pensionistas y las víctimas de violencia machista (sexual, doméstica u otras formas de violencia), ya que las medidas de austeridad tienen un impacto desproporcionado en estas mujeres, lo que llevará a un aumento de las desigualdades de género³⁴.

No existen demasiados estudios que analicen el efecto de las crisis económicas en los resultados adversos del embarazo²⁶. Sin embargo, el desempleo y las condiciones adversas del mercado laboral son factores desencadenantes de estrés y angustia, y de déficits alimentarios, que pueden producir retraso del crecimiento intrauterino e incluso la pérdida fetal³⁵.

Por todo ello es importante monitorizar los efectos de la crisis en las desigualdades en salud, y disponer de los indicadores para los distintos ejes de desigualdad social (la clase social, el género, la edad, el país de origen y el territorio). En las tablas se han incluido estos ejes en los indicadores seleccionados siempre que la fuente de información lo ha permitido (se muestran en la columna del nivel de agregación).

Conclusiones y recomendaciones

A partir del marco conceptual se proponen indicadores para vigilar los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud. Estos indicadores proceden en su mayoría de fuentes de datos oficiales y son comparables en el tiempo, en el territorio (entre comunidades autónomas y en algunos casos entre países de la Unión Europea) y en diferentes grupos de edad, sexo, posición socioeconómica y país de origen. En muchos casos se dispone de series de indicadores desde la década de 1990 hasta la actualidad. Es deseable que estos indicadores tengan continuidad en el futuro, ya que los efectos de la crisis económica en la salud pueden producirse a largo plazo.

Sin embargo, muchos de estos indicadores, aunque se publican anualmente, tienen un periodo de retraso, como ocurre con la mortalidad por causas, y otros se elaboran cada 4 o 5 años, como los de las encuestas de salud. Los indicadores obtenidos de estas fuentes quizás no sean lo bastante reactivos en una situación de cambio rápido como sucede en el contexto de la crisis económica actual³⁶, por lo que sería recomendable tener indicadores de menor periodicidad. Otra limitación importante es no poder disponer de indicadores para los distintos ejes de desigualdad social, ya que en algunos casos sólo se dispone del indicador para el país. Tampoco están disponibles indicadores de ámbito local, y los propuestos aquí pueden servir de guía para definirlos.

Aun así, los indicadores propuestos permiten la vigilancia de los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en España. Sin embargo, la vigilancia implica intervención, es decir, acciones dirigidas a mantener o mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud provocadas por la crisis económica.

Realizar una "hoja de ruta" sobre la utilización del conjunto de indicadores propuestos excede los objetivos de este artículo. Sin embargo, es una tarea que ineludiblemente deberá abordarse. Para ello, y basándonos en la propuesta que se realiza para la ciudad de Londres³⁷, se identifican las siguientes tareas:

- Informar y generar la participación de los profesionales vinculados a los sistemas de información.
- Promover el uso del conjunto de los indicadores en los diferentes niveles de la administración local, autonómica y nacional.
- Incluir la propuesta de indicadores en la agenda política.
- Acumular experiencia en el uso de los indicadores y revisar el desarrollo futuro.

Declaraciones de autoría

Todas las autoras participaron en la búsqueda y la discusión de los indicadores a incluir en el manuscrito, coordinadas por G. Pérez. La redacción del manuscrito la realizó G. Pérez con la colaboración de las otras autoras, y las diferentes versiones han contado con la revisión, la discusión y la aprobación de todas ellas.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

G. Pérez, M.F. Domínguez-Berjón y C. Borrell pertenecen al Comité Editorial de *Gaceta Sanitaria*. Ninguna de las tres ha participado en el proceso editorial del artículo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>.

Bibliografía

1. Thomson S, Jowett M, Evetovits T, et al. Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. Copenhagen: WHO; 2013. p. 1–15 (Consultado el 13/03/2014.) Disponible en: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/186932/Health-and-economic-crisis-in-Europe4.pdf
2. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, et al. Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies. *Soc Sci Med*. 2005;61:2084–95.
3. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, et al. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142.
4. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, et al. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*. 2013;103:973–9.
5. WHO. Impact of the economic crises on mental health. Copenhagen: World Health Organisation; 2011. p. 1–34 (Consultado el 13/03/2014.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
6. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103–8.
7. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323–31.
8. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012;26:182–9.
9. NHS. Institute for Innovation and Improvement. The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators. Coventry: University of Warwick Campus; 2007. p. 1–40 (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: http://www.institute.nhs.uk/option.com.joomcart/Itemid,26/main.page.document.product_info/products.id,372.html
10. Muntaner C, Borrell C, Ng E, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Social Health Illn*. 2011;33:946–64.
11. Mackenbach JP, Hu Y, Looman CW. Democratization and life expectancy in Europe, 1960–2008. *Soc Sci Med*. 2013;93:166–75.
12. OECD. OECD Factbook 2013: economic, environmental and social statistics. OECD Publishing. 2013. pp. 1–235. (Consultado el 14/10/2013.) Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en
13. Bamra C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Comm Health*. 2009;63:92–8.
14. Euzéby A. Crisis económica y protección social en la Unión Europea: más allá de lo evidente. *Revista Internacional de Seguridad Social*. 2010;63:81–97.
15. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit*. 2012;26:174–5.
16. Caritas. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social. Equipo de estudios. Caritas Española. 2013. pp. 1–30. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: http://www.caritas.es/publicaciones_download.aspx?Id=4706
17. Pollack CE, Lynch J. Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region. *Am J Pub Health*. 2009;99:1833–9.
18. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378:1457–8.

19. OMS. Alerta y respuesta mundiales (GAR): infección por el virus del Nilo Occidental (VNO) en Europa. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.who.int/csr/don/2011.08.16/es/>
20. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346:2363.
21. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE*. 2011;6:e20724.
22. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ*. 2006;84:890–6.
23. Stafford B, Duffy D. Review of evidence on the impact of economic downturn on disadvantaged groups: International Centre for Public and Social Policy, University of Nottingham on behalf of the Department for Work and Pensions. Working Paper No 68. Nottingham: Department for Work and Pensions, 2009. pp. 1–88. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.swsim.org.uk/Downloads/recession/publications/review-of-evidence-impact-recession-disadvantaged-groups.pdf>
24. Dorling D. Unemployment and health. *BMJ*. 2009;338:1091–2.
25. Wahlbeck K, Awolin M. The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review, 2009. pp. 1–11. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c39bd6b8-56ad-4ca2-8d87-0e7cdeb50b9f>
26. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315–23.
27. Lock K, Stuckler D, Charlesworth K, et al. Potential causes and health effects of rising global food prices. *BMJ*. 2009;339:269–72.
28. Hossain N, Byne B, Campbell A, et al. The impact of the global economic downturn on communities and poverty in the UK. York: Joseph Rowntree Foundation; 2011. p. 1–55 (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: Activate the blue link
29. Ruhm CJ. Good times make you sick. *J Health Econ*. 2003;22:637–58.
30. D'Hombres B, McKee M, Rocco L, et al. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Econ*. 2010;19:56–74.
31. The Marmot Review Team. The health impacts of cold homes and fuel poverty. London: Marmot Review Team and Friends of the Earth; 2011. p. 1–23 (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/the-health-impacts-of-cold-homes-and-fuel-poverty>
32. Mayoral Cortés JM. Vigilancia epidemiológica en la crisis económica. Sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía. Sevilla: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral; 2013 (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://www.easp.es/es/system/files/BES%200313%20Vigilancia%20y%20crisis.pdf>
33. Richardson J. Protecting the community from the effects of the financial crisis. En: Richardson J, editor. From recession to renewal. The impact of the financial crisis on public services and local government. Portland, USA: The policy Press; 2011. p. 1–226.
34. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, et al. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit*. 2007;21:242–6.
35. Hobel CJ, Goldstein A, Barrett S. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51:333–48.
36. European Commission, 2009. European Economic Statistics. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. pp. 1–217. (Consultado el 11/10/2013.) Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY/OFFPUB/KS-31-09-001/EN/KS-31-09-01EN.PDF>
37. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. Development of an indicator set. UCL Institute of Health Equity, 2nd ed. 2014. pp. 1–58. (Consultado el 17/03/2014.) Disponible en: <https://t.co/RXNS1L7uEB>