

## Editorial

# Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española



## The effects of the Great Recession and austerity policies on the health of the Spanish population

Jeroen Spijker

Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès (Barcelona), España

El impacto de la Gran Recesión entre 2008 y 2014 ha motivado una creciente preocupación por el estado de salud de la población a corto y medio plazo. Al mismo tiempo, a consecuencia del contexto económico internacional, las Administraciones públicas redujeron sus presupuestos, incluso aquellos destinados a la salud, gastando un 13% menos per cápita (ajustado a la inflación) en 2013 que en 2009<sup>1</sup>, a pesar de que debería haber sido el sistema de salud el que recibiera más recursos en momentos de crisis económica para cubrir las necesidades de los grupos más desfavorecidos. Cuando desde una perspectiva macroeconómica (léase productividad económica) España comenzó a salir de la crisis en 2014, aún 4,5 millones de personas seguían en situación de desempleo. Además, las medidas de austeridad y los efectos duraderos de la crisis económica han sido visibles en las experiencias de las clases sociales más desfavorecidas. Un ejemplo extremo son las personas que han sido desahuciadas de su hogar, con repercusiones en la salud física (empeoramiento de la autopercepción de la salud y aumento de las enfermedades crónicas y cardiovasculares, y del consumo de fármacos), la salud mental y las conductas de salud (aumento del consumo de tabaco, del sedentarismo y de la privación de alimentos saludables), tal como señalan Jiménez-Picón et al.<sup>2</sup> en su revisión de 11 estudios que se publica en este número de GACETA SANITARIA<sup>2</sup>.

### La compleja relación entre los cambios macroeconómicos y la salud

La relación entre los cambios macroeconómicos y el estado de salud de la población depende de muchos factores, como la intensidad y la duración del auge o de la crisis económica, y su desigual incidencia según el grupo social y los tipos de políticas económicas y sociales (los preexistentes y las reformas puestas en marcha, tales como la reducción de los presupuestos de salud y de asistencia sanitaria). Son estas políticas las que definen la naturaleza de la evolución de la crisis, los valores socioculturales dominantes, el nivel de bienestar social (por ejemplo, la extensión de la cobertura de la Seguridad Social), así como los cambios demográficos en el mercado laboral<sup>3–5</sup>.

Al mismo tiempo, existen numerosos estudios con resultados contraintuitivos sobre el impacto de los cambios macroeconómicos en la salud, tales como una reducción de la mortalidad en los años de ralentización de la economía y un incremento durante la pos-

terior recuperación económica<sup>5–7</sup>, también en España<sup>7–10</sup>. En este número de GACETA SANITARIA se encuentran dos estudios adicionales que analizan la relación entre los cambios macroeconómicos y la mortalidad con enfoques específicos que dan nuevos resultados. En primer lugar, Márquez-Calderón et al.<sup>11</sup> toman un periodo más largo para analizar el fenómeno (1981–2016) y no una comparación de varios periodos mediante regresión *joint-joint*. Según los resultados, en España, la mortalidad ha seguido una tendencia general decreciente en el periodo 1981–2016 en los hombres y hasta 2013 en las mujeres. Sin embargo, en el análisis por grupos quinquenales de edad, la tendencia descendente de la mortalidad sufrió un estancamiento que se inició entre 2011 y 2014, y duró hasta 2016 en los hombres entre los 15 y 39 años y en los hombres y las mujeres de 60–79 años. En segundo lugar, Palència et al.<sup>12</sup> abordan el tema de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad antes y durante la crisis económica mediante un estudio ecológico basado en áreas pequeñas de nueve ciudades europeas. A pesar de las desigualdades significativas en la mortalidad masculina para casi todos los indicadores socioeconómicos, periodos y áreas urbanas estudiadas, no hubo cambios significativos en el periodo de crisis. En el caso de las mujeres, se observaron pocas desigualdades socioeconómicas, pero se encontró un aumento según algunos indicadores en dos ciudades: Estocolmo y Praga. Otros estudios han argumentado que el aumento de las desigualdades de salud durante la crisis en las mujeres puede deberse a una doble carga para las mujeres de clases desfavorecidas que tuvieron que unirse a la fuerza laboral por haber sufrido un colapso económico en el hogar y que con frecuencia están sometidas a precariedad laboral<sup>13</sup>.

Sobre el efecto de la crisis económica en la salud o morbilidad, los resultados son similares a los de los estudios sobre la mortalidad (una asociación generalmente anticíclica), aunque los que analizaron toda la duración de la crisis mostraron que los posibles efectos beneficiosos parecen estar más confinados a los primeros años<sup>11,14</sup>. Se confirman las conocidas diferencias en salud (y mortalidad) en función de la edad (más edad, peor salud), del sexo (las mujeres viven más años que los hombres, pero lo hacen en peor estado de salud) y del estatus socioeconómico (las clases sociales más favorecidas sobreviven más años y lo hacen en mejor estado de salud). Dicho esto, cabe destacar que durante la Gran Recesión, en España, la brecha de desigualdad social en la probabilidad de declarar tener salud regular o (muy) mala se mantuvo (entre trabajadores y no trabajadores) o se redujo (en función de tener o no doble cobertura sanitaria y según el nivel educativo)<sup>14</sup>.

Respecto a los posibles mecanismos, la literatura muestra que los resultados dependen de las metodologías (por ejemplo, hay

Correos electrónicos: [jspijker@ced.uab.es](mailto:jspijker@ced.uab.es), [jspijker@ced.uab.es](mailto:jspijker@ced.uab.es)

resultados opuestos en estudios con datos individuales y en estudios con datos agregados<sup>15</sup>) y de los indicadores poblacionales de salud y de cambios macroeconómicos (mortalidad total y salud autopercibida *versus* suicidio y salud mental<sup>14–16</sup>). Algunas investigaciones demuestran que la crisis económica tiene un efecto de mejora sobre ciertos comportamientos relacionados con la salud, como el aumento de las horas de sueño o de tiempo libre, que pueden destinarse a la realización de actividades saludables (como el ejercicio físico), el menor consumo de alimentos menos saludables y de alcohol por la contracción de los presupuestos familiares, o la reducción del tiempo de conducción con un descenso de la accidentalidad por tráfico<sup>15,17</sup>. Otros estudios relacionan la estabilidad o la mejora de los indicadores de salud durante la crisis con el mantenimiento de las prestaciones sociales y que, a pesar de los recortes y copagos introducidos, los dispositivos sanitarios asistenciales públicos siguen siendo de acceso universal y gratuito<sup>18</sup>. También hay que tener en cuenta el efecto amortiguador del apoyo social y la solidaridad familiar, que reducen el impacto de la recesión económica sobre la salud, lo que podría explicar la falta de empeoramiento de la salud autopercibida entre 2010 y 2014, sobre todo para los hombres<sup>19</sup>.

### Las políticas de austeridad y su impacto en la salud de la población

La lectura de este cuerpo bibliográfico lleva a concluir que los efectos de las políticas de austeridad en la salud de la población son heterogéneos y controvertidos. Por eso, este número de GACETA SANITARIA contiene artículos desde diferentes enfoques que valoran hasta qué punto la Gran Recesión y las políticas de austeridad han tenido impacto en la salud<sup>2,11,12,20</sup>, cuyos resultados fueron resumidos brevemente en el inicio de este editorial, así como artículos sobre la práctica profesional de los trabajadores sanitarios<sup>21</sup>, la utilización de servicios<sup>22</sup> e incluso la fecundidad<sup>23</sup>. El artículo de Gea-Sánchez et al.<sup>21</sup> explora desde la perspectiva de profesionales de salud, específicamente la de 123 enfermeras, cómo la crisis financiera y las medidas de austeridad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) afectan al cuidado que prestan en España a partir de un estudio observacional transversal. Según sus resultados, el 86% se opuso de manera abrumadora a las medidas de austeridad, sobre todo debido al deterioro de la calidad de los servicios de salud y farmacéuticos, y a una disminución del acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones inmigrantes. Además, una de cada tres enfermeras percibieron un aumento en las enfermedades infecciosas entre la población inmigrante, que al menos en parte podría atribuirse a problemas para acceder a los servicios de salud y al tratamiento. Las enfermeras también informaron sobre la precarización de sus condiciones laborales. No es sorprendente que los cambios organizativos en el SNS y la reducción del gasto público hayan provocado que más enfermeras que cualesquiera otros profesionales de la salud en España hayan emigrado para trabajar en otros países en busca de mejores condiciones laborales<sup>24</sup>.

El efecto de la crisis financiera sobre la utilización de la atención primaria de salud y de la atención especializada en España según el estatus socioeconómico es el objetivo del estudio de Sánchez-Recio et al.<sup>22</sup>. Mientras ambos tipos de servicios experimentaron un rápido incremento en el periodo de auge económico, durante la crisis la tendencia se estabilizó por factores como los gastos que las familias no podían asumir, el aumento en las listas de espera y la reducción en la oferta de servicios, mientras la probabilidad de usar la atención primaria de salud fue mayor en las mujeres y los grupos más desfavorecidos, observándose en la atención especializada la tendencia contraria (más utilizada por personas con buen nivel socioeconómico durante la recesión), aumentando las desigualdades en atención especializada.

Finalmente, Puig-Barrachina et al.<sup>23</sup> enseñan cómo y explican por qué la Gran Recesión económica ha interrumpido la tendencia positiva de fertilidad en todas las comunidades autónomas que comenzó a principios de este siglo, pero sobre todo en las mujeres con edades entre 30 y 34 años que residen en zonas de mayor desempleo.

### Recomendaciones para minimizar las desigualdades en salud

Ya existen numerosas recomendaciones para minimizar las desigualdades en salud. Justo hace una década se publicó en GACETA SANITARIA un editorial sobre la crisis económica y la salud cuyas autoras declaraban que los efectos de las crisis dependerían fuertemente del contexto institucional y de la vertebración de la sociedad civil<sup>3</sup>. Desde entonces ha habido artículos e informes (por ejemplo, el de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) que han criticado no solo los recortes en sí, que han sido severos, sino también su mala implementación sin la participación de profesionales de la salud, su naturaleza oportunista, la ausencia total de cualquier componente científico en el discurso, las políticas propuestas y su impacto en la salud en general y en la de grupos específicos de población<sup>25–27</sup>.

Los niños, los ancianos, los que residen en áreas con mayor privación, las mujeres, las personas de clases sociales desfavorecidas, las de etnia gitana y la población inmigrante procedente de países pobres son grupos más vulnerables que presentan peores condiciones de vida y de trabajo, que se manifiestan en la salud<sup>3,25</sup>. Tal como se encuentra en este número de GACETA SANITARIA, a la lista ahora también pueden añadirse las personas que han sufrido el desahucio de sus hogares y otras prácticas bancarias abusivas<sup>2,20</sup>, así como ciertos colectivos de inmigrantes sin acceso a la atención sanitaria desde 2012 debido al Real Decreto-Ley 16/2012 (en 2018, el nuevo RDL 7/2018 solo recuperó parcialmente el acceso universal a la sanidad pública)<sup>21</sup>.

Pensando en la salud de las generaciones futuras de personas mayores (la población a la que se destina la mayor parte del gasto público en salud), debemos reconocer la importancia de todos los ciclos vitales para la salud durante la vejez, incluso las condiciones de vida durante la infancia<sup>28,29</sup> que tanto han empeorado durante la crisis<sup>30</sup>, y las claras diferencias socioeconómicas en la mayoría de los indicadores de salud en la actualidad<sup>31</sup> e incluso en el uso de los servicios sanitarios<sup>22</sup>. Esto también es motivo de cautela en la interpretación de los «beneficios» de la crisis económica sobre la salud. Por lo tanto, debemos seguir llevando a cabo estudios sobre desigualdades demográficas, económicas y sociales en diferentes indicadores de salud, lo que mejorará nuestro conocimiento sobre la identificación de los (nuevos) grupos más vulnerables. Un mejor entendimiento de los perfiles de las poblaciones más vulnerables podría contribuir a una planificación más eficaz de las políticas públicas y a promover una mayor equidad en la salud.

### Contribuciones de autoría

J. Spijker es el único autor del artículo.

### Financiación

El autor es investigador financiado por el programa «Ramón y Cajal» (RYC-2013-14851) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, y del programa CERCA de la Generalitat de Catalunya. Este trabajo se enmarca en dos proyectos, uno financiado por el Plan Nacional I+D+i: «¿Las personas mayores tendrán parientes que les podrán cuidar en el futuro?» (CSO2017-89721-R) codirigido por J. Spijker, y otro por Obra Social «La Caixa», el proyecto

RecerCaixa «Análisis demográfico de las desigualdades socioeconómicas de la salud en Cataluña en el contexto de la última crisis económica: género, generación y territorio» (LCF/PR/RC15/50090006), dirigido por J. Spijker (<http://cedsaluticrisi.uab.cat/difusio/>).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Serie 2002-2017. (Gasto sanitario público según criterio de devengo: gasto real). (Consultado el 11/11/2019.) Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls>.
- Jiménez-Picón N, García-Reposo A, Romero-Martín M. Consecuencias biopsico-sociales en población española afectada por un proceso de desahucio. *Gac Sanit*. Online first.
- Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2009;23:261–5.
- Elliott E, Harrop E, Williams G. The impact of the economic downturn on health in wales: a review and case study. Working paper 134. Cardiff: Cardiff School of Social Sciences, Cardiff University; 2010.
- Gerdtam UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4:298–316.
- Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography*. 2007;44:829–48.
- Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿está aumentando la mortalidad? *Salud Colect*. 2014;10:81–91.
- Regidor E, Ronda E, Tapia Granados JA, et al. Trends in disease mortality before and during the Great Recession in individuals employed in Spain in 2001. *Eur J Public Health*. 2019;29:954–9.
- Regidor E, Vallejo F, Tapia Granados JA, et al. Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. *Lancet*. 2016;388:2642–52.
- Tapia Granados JA. Salud, economía y libertad: 40 años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España. *Med Clin*. 2007;128:463–7.
- Márquez-Calderón S, Pérez Velasco L, Viciano-Fernández F, et al. Tendencia de la mortalidad por edad y sexo en España (1981-2016). Cambios asociados a la crisis económica. *Gac Sanit*. 2019 Jun 4;S0213–9111:30111–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.007> [Epub ahead of print].
- Palència L, Gotsens M, Marí-Dell’Olmo M, et al. El efecto de la reciente crisis económica en las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas en nueve áreas urbanas europeas. *Gac Sanit*. 2020 Jan 23;S0213–9111:30261–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.001> [Epub ahead of print].
- Son M, Cho Y, Oh J, et al. Social inequalities in life expectancy and mortality during the transition period of economic crisis (1993–2010) in Korea. *Int J Equity Health*. 2012;11:71.
- Spijker J, Zueras P. Socioeconomic health inequalities in the Catalan population aged 50+ during the last economic crisis. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92, pii: e201811085.
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381:1323–31.
- 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.
- Regidor E, Mateo A, Barrio G, et al. Mortality in Spain in the context of the economic crisis and austerity policies. *Am J Public Health*. 2019;109:1043–9.
- Ruiz-Ramos M, Córdoba-Doña JA, Bacigalupe A, et al. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1: 89–96.
- Spijker J, Gumà J. El efecto de la crisis económica sobre la salud en España según el nivel educativo y la relación con la actividad: ¿importa también la duración de la crisis? *Salud Colect*. 2018;14:655–70.
- Rodríguez-Rodríguez V, Pérez-Garín D, Recio-Saboya P. Fraudes financieros y salud: un estudio cualitativo. *Gac Sanit*. 2020 Jan 18;S0213–9111:30274–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.006> [Epub ahead of print].
- Gea-Sánchez M, Briones-Vozmediano E, Legido-Quigley H, et al. The resistance of nurses to the austerity measures in the health sector during the financial crisis in Spain. *Gac Sanit*. (Consultado el 1/12/2019.) Online first.
- Sánchez-Recio R, Alonso JP, Aguilar-Palacio I. The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gac Sanit*. 2020 Jan 28;S0213–9111:30276–86, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009> [Epub ahead of print].
- Puig-Barrachina V, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón MF, et al. Decline in fertility induced by economic recession in Spain. *Gac Sanit*. 2019 Oct 19;S0213–9111:30155–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.011> [Epub ahead of print].
- Galbany-Estragués P, Nelson S. Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: a case study. *Int J Nurs Stud*. 2016;63: 112–23.
- 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.
- Cortés-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:1–6.
- Gené-Badia J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, et al. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish? *Health Policy*. 2012;106:23–8.
- Arpino B, Gumà J, Julià A. Early-life conditions and health at older ages: the mediating role of educational attainment, family and employment trajectories. *PLoS One*. 2018;13:e0195320.
- Singh-Manoux A, Ferrie JE, Chandola T, et al. Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *Int J Epidemiol*. 2004;33:1072–9.
- Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, et al. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. *Int J Equity Health*. 2015;14:95.
- Spijker J, Bayona J, Medina A, et al. Atlas de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya. Bellaterra: Centre d'Estudis Demogràfics; 2018.