

## Relación entre crisis económica y salud: ¿lo relevante son las políticas de austeridad?

The relationship between economic crisis and health: are austerity policies the relevant issue?

*La Parra, Daniel<sup>1</sup>; Álvarez-Dardet, Carlos<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Doctor en Sociología. Investigador, Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz. Profesor Titular, Universidad de Alicante, España. [daniel.laparra@ua.es](mailto:daniel.laparra@ua.es)

<sup>2</sup>Doctor en Medicina. Catedrático de Salud Pública, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España. [carlosalvarezdardetdiaz@gmail.com](mailto:carlosalvarezdardetdiaz@gmail.com)

**Discusión sobre:** Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? Salud Colectiva. 2014;10(1):81-91.

El estudio de la relación entre crisis económicas y estado de salud es un tema de especial interés en el momento actual de depresión económica en varios países de Europa. Sugiere Tapia Granados que “en los países europeos en general y sobre todo en los más afectados por la crisis, las tasas de mortalidad general han disminuido y la salud de la población ha mejorado durante los años 2007-2010” (1). Lo hace a partir de la presentación de los datos de esperanza de vida en 19 países europeos en los años 2004, 2007 y 2010.

El artículo realiza por tanto una doble afirmación: las crisis producen un efecto positivo en “las tasas generales de mortalidad” y en “la salud de la población”. Y, en efecto, se puede entender que la tasa general de mortalidad o la esperanza de vida (un indicador sintético del nivel de mortalidad) son equivalentes a una mejora de la salud de la población, sin embargo, esta afirmación contiene importantes matices que deben ser apuntados.

La esperanza de vida depende de forma muy relevante de causas de mortalidad externas como los accidentes (laborales, de tráfico, etc.), los suicidios y los homicidios, que no necesariamente

están asociadas con el estado de salud de la persona. Todas ellas presentan niveles relativamente bajos comparados con otras causas de muerte, pero tienen un efecto importante sobre la esperanza de vida en la medida en que se producen en edades tempranas. En las crisis, como apunta el autor (1), tienden a disminuir los accidentes de tráfico (aunque en casos como España ya descendían antes de las crisis por medidas relacionadas con la política de seguridad vial). De igual modo, disminuyen los accidentes laborales, aspecto que no se menciona en el trabajo de Tapia y que, sin embargo, puede ser muy relevante, ya que la crisis ha afectado de forma fundamental a sectores como el de la construcción, que presentan mayores niveles de accidentalidad. Por su parte, los suicidios, que sí están relacionados con el estado de salud mental de la persona, pueden aumentar en las crisis económicas, aunque su evolución puede estar ligada, como apunta también el autor, a las políticas concretas de prevención y tratamiento de la enfermedad mental y a otros factores, por lo que no se deben realizar lecturas rápidas a partir de series temporales de unos pocos años (2).

De igual modo, una mejora de las tasas de mortalidad general es compatible con un deterioro de la incidencia de determinadas enfermedades como el VIH, ya que existen mecanismos terapéuticos eficaces para reducir la mortalidad. Se ha estimado que los casos de VIH aumentaron en un 60% durante 2011 en Grecia (3,4).

Finalmente, existen múltiples dolencias que no se traducen necesariamente en una mayor mortalidad, pero sí producen un perjuicio en términos de calidad de vida. La mayoría de los problemas de tipo psicológico (por ejemplo, la depresión, ansiedad y dependencia del alcohol) se encuentran en este grupo. Esto es relevante porque parte de la literatura que describe los efectos negativos de las crisis en la salud se ha centrado en el análisis de este tipo de aspectos (5). De nuevo, en Grecia, se observó el primer brote de malaria no importada desde los años cincuenta y un brote de virus del Nilo occidental (6,7).

Como ya se ha sugerido, entre una crisis económica y sus efectos en la mortalidad, puede haber aspectos que median la relación. Entre los más destacados se pueden situar las políticas de

bienestar, pero también las relacionadas con la seguridad vial, la prevención de accidentes laborales o las políticas sanitarias en materia de salud mental, entre otras. Esto introduce un aspecto que no ha sido considerado en los datos aportados por Tapia: cuál es el alcance de las políticas de austeridad en los países estudiados. Este aspecto es de hecho el argumento central de la tesis de Stuckler y Basu (8). Para estos autores, la salud puede incrementarse en los períodos de depresión económica, siempre y cuando se cuiden las políticas de bienestar, en especial, destacan, las políticas activas de empleo y en el sistema sanitario.

Este factor intermedio puede ser muy relevante a la hora de interpretar los datos en los que se basan las afirmaciones de Tapia (recordemos que se centran en los datos disponibles, esto es, los referidos hasta 2010) ya que países como España (9) o Grecia (10) aplicaron sus políticas de austeridad con mayor severidad desde mediados de 2010 (y en el caso de España las más relevantes con respecto a los servicios de salud se aprobaron en 2012) o que, en lugares como Alemania o Suecia se aplicaron antes de la depresión de forma más gradual. También hay que considerar que algunos países no han adoptado políticas de austeridad, sino que se han reforzado las políticas de bienestar, como apuntan Stuckler y Basu para Islandia (8). En el caso de España, por ejemplo, existe una importante diversidad de situaciones en cada región, ya que hay varias comunidades autónomas –cuyos gobiernos tienen transferida la responsabilidad en materia sanitaria– que apenas han aplicado medidas de austeridad.

Además de introducir en el análisis elementos para valorar el impacto de la severidad de las políticas de austeridad, sería igualmente necesario incluir elementos para medir la gravedad de la crisis económica. Aunque la gravedad de la crisis se considera en la interpretación de los resultados realizada por Tapia, no se han incluido en el análisis datos para valorar la severidad de la crisis (a excepción del indicador de desempleo).

El artículo de Tapia selecciona el nivel de desempleo como principal indicador para hablar de la relación entre crisis y estado de salud, pero no incluye ningún aspecto relacionado con otros factores claves como podrían ser los niveles de gasto sanitario, la política de vivienda o, incluso, el nivel de desarrollo democrático. Un modelo de

análisis multivariable podría incluir otros múltiples aspectos potencialmente relevantes como las tasas de pobreza (donde además hay variedad: pobreza relativa, absoluta, multidimensional, entre otras), el gasto social u otros. La posible asociación entre crisis económica y salud en el trabajo de Tapia no se analiza mediante ninguna técnica de análisis multivariable o bivariado, pese a lo cual se habla de “correlación positiva entre la variación del desempleo y el aumento de la esperanza de vida al nacer”.

De igual modo, resulta relevante la limitación geográfica que supone la fuente de datos empleada. Para hablar de la situación de Europa se emplean datos para 19 países, cuando la Unión Europea por sí sola contiene 28 países y la Oficina Regional de la OMS contabiliza un total de 53 países.

También se debe hacer referencia a la limitación temporal en los datos. Los efectos más graves de la crisis y de las políticas de austeridad se han producido desde 2010, por lo que resulta prematuro llegar a conclusiones sobre los efectos de la crisis (o de las políticas de austeridad, pues no se pueden confundir), bien en las tasas de mortalidad general, bien en las específicas o en el estado de salud (que tampoco se pueden confundir).

Otro aspecto no analizado es el hecho de que el efecto de las crisis en la salud de las poblaciones puede estar desigualmente distribuido. Medidas como las que se han aplicado en España, por ejemplo, la exclusión del derecho a la salud de los inmigrantes sin permiso de residencia, la inclusión de copagos en los fármacos para las personas mayores o el incremento de los mismos en el resto de la población, la exclusión de servicios o la limitación de las ayudas a la dependencia concentran sus efectos en grupos específicos de población como son las personas inmigrantes, los jubilados, las personas con bajos recursos económicos y las personas dependientes y sus cuidadoras. Teniendo en cuenta que las diferencias en la esperanza de vida pueden ser superiores en más de diez años por factores como el nivel educativo o el código postal es necesario incluir en el análisis y discusión información sobre la desigual distribución de los impactos.

Finalmente, tal y como apunta el propio autor, no existe un modelo teórico claro para explicar las razones de una posible mejora de la mortalidad en momentos de crisis. En estas condiciones, cualquier afirmación debe realizarse

con toda prudencia y, desde luego, encontrar asociación entre variables no permitiría discutir las en términos de causalidad. En ausencia de un modelo teórico o marco explicativo de los datos, resulta difícil seleccionar el factor de exposición: ¿qué indicador emplear para medir la amplitud de la crisis: la variación en el producto interno bruto (PIB) o del desempleo? Por ejemplo, en lugares como España, en anteriores crisis, los niveles de desempleo se han mantenido altos varios años después de que el PIB volviera a crecer. Sin marco teórico resulta difícil valorar si existen efectos de confusión producidos por terceras variables o elementos intermedios en el mecanismo causal. Ya se ha mencionado el posible efecto intermedio de las políticas de austeridad, pero también pueden intervenir otros factores: ¿el efecto en la salud de una crisis es independiente del nivel económico alcanzado por el país? o ¿produce el nivel de desigualdad en el país algún efecto en la relación entre crisis y salud? Uno de los aspectos a determinar en dicho modelo sería el tiempo de latencia a considerar, esto es, qué tiempo de exposición es necesario para que se produzca un efecto en la salud. Por ejemplo, si los análisis sobre los efectos acumulados en el ciclo de vida de los determinantes sociales de la salud son correctos (11,12), el impacto de una crisis no se visualizaría hasta que los niños que nacen en este período alcancen las edades más avanzadas de la vida (es decir, sería preciso esperar varias décadas y/o afinar el análisis para considerar efectos diferenciados en función de la edad, la cohorte y el período). Dicho de otro modo: los incrementos observados en la esperanza de vida durante los períodos de crisis podrían ser atribuibles a etapas de expansión anteriores y, del mismo modo, la caída de la esperanza de vida en un determinado período de expansión podría estar relacionada con fenómenos vividos en años anteriores.

Como conclusión, creemos que para avanzar en este campo se debe optar por la prudencia predictiva, discutir en profundidad sobre el modelo teórico y sobre cuáles son los indicadores a emplear, así como completar los datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.
2. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet*. 2012;379(9820):1001-1002.
3. Malliori M, Terzidou M, Paraskevis D, Hatzakis A. HIV/AIDS among IDUs in Greece: report of a recent outbreak and initial response policies [Internet] 2011 (citado 30 oct 2013). Disponible en: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_143752\\_EN\\_HIV\\_greek\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143752_EN_HIV_greek_report.pdf).
4. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill* [Internet]. 2011;16(36):pii = 19962 [citado 30 oct 2013]. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EEV16N36/art19962.pdf>.
5. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*. 2013;23(1):103-108.
6. Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis: Early signs of a public health tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2012;53:169-171.
7. Andriopoulos P, Economopoulou A, Spanakos G, Assimakopoulos G. A local outbreak of autochthonous *Plasmodium vivax* malaria in Laconia, Greece—a re-emerging infection in the southern borders of Europe?. *International Journal of Infectious Diseases*. 2013;17(2):e125-128.
8. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013.
9. Legido-Quigley H, Otero L, La Parra D, Álvarez-Dardet C, Martín-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system. *British Medical Journal*. 2013;346:2363.
10. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European Journal of Public Health*. 2012;22(1):4-5.
11. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*. 2002;31(2):285-293.
12. Davey Smith G, Gunnell D, Ben-Shlomo Y. Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality. En: Leon D, Walt G. Poverty, inequality and health: An international perspective. Oxford: Oxford University Press; 2001.

## FORMA DE CITAR

La Parra D, Álvarez-Dardet C. Relación entre crisis económica y salud: ¿lo relevante son las políticas de austeridad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):92-94.