

EDITORIAL**SECUELAS A LARGO PLAZO DE LA CRISIS ECONÓMICA
Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD****Carmen Delia Dávila-Quintana y Beatriz G Lopez-Valcarcel.**

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

Este trabajo no cuenta con financiación. No hay conflictos de intereses relacionados con él.

Al margen de las definiciones oficiales de crisis económica¹, desde la perspectiva de la salud puede considerarse un fenómeno difuso que se resiste a cronologías precisas.

Conceptualmente, ya al inicio de la crisis propusimos los mecanismos y procesos por los que puede acabar afectando a la salud², directa e indirectamente, a corto y a largo plazo. Cuantificar cada uno de ellos requiere métodos rigurosos, indicadores adecuados y tiempo (es decir, distancia temporal-suficiente para que los efectos a largo plazo se puedan apreciar). Porque las consecuencias de la crisis económica sobre la salud tardan más en empezar a percibirse que las que tienen lugar sobre la renta y el bienestar económico de las familias y que los efectos sobre la sanidad.

Comparando los cuatro años de crisis (2008-2011) con los previos, los indicadores de mortalidad prematura no muestran empeoramiento y tampoco la salud percibida ni la incidencia de HIV/SIDA³.

El informe SESPAS 2014, esfuerzo colaborativo de más de sesenta autores, también concluye que los efectos de la crisis sobre la salud general -mortalidad, morbilidad por enfermedades infecciosas, salud sexual y reproductiva- todavía no se evidencian de forma clara. Además, el informe pone en evidencia que los efectos de la crisis son más intensos por la vía de las condiciones de vida (desempleo, pobreza, exclusión social) que por la sanitaria (recortes y políticas restrictivas, cambios de cobertura, acceso y financiación...). El desempleo y la pobreza, particularmente la infantil, son problemas de salud de primera magnitud en España. Además, con la crisis se han agravado las desigualdades sociales en salud. De ahí que el sistema sanitario, como el educativo, esté asumiendo funciones redistributivas que no le corresponden en sentido estricto.

La crisis económica ha impactado negativamente en las desigualdades sociales en salud, amplificándolas.

Es sencillo medir el aumento de las desigualdades económicas, Eurostat publica regularmente los índices de Gini⁴. Así sabemos que la distribución de la renta en Espa-

Correspondencia
Beatriz G López-Valcarcel
Campus de Tafira
35017 Las Palmas de GC
bvalcarcel@dmc.ulpgc.es

ña es más desigual que antes de 2008 (el índice de Gini ha aumentado de 31,9 en 2007 a 35 en 2012) y que en casi todos los países de la UE27. La crisis agrava la fragilidad de los frágiles: niños y jóvenes, ancianos, desempleados, pobres. Además, los efectos tendrán deriva a largo plazo, los “niños de la crisis” se resentirán durante toda su vida en su estatus socioeconómico y en su salud⁵. Por efecto de la crisis, muchas personas caerán en un estatus de desempleo a largo plazo con efectividad de búsqueda decreciente. Este podría ser un efecto diferencial de esta crisis respecto a las anteriores⁶. Los hijos en los hogares pobres se alimentan peor y, en consecuencia, su desarrollo resulta comprometido. Además, los padres perciben que la inversión en ese capital humano no será tan rentable como antes, de modo que cae la inversión en educación. Al ser la educación un *input* clave en la función de producción de salud y fuente de productividad laboral, una parte de las nuevas generaciones será menos saludable y más pobre.

Nuestro sistema sanitario viene cumpliendo una función social pro equidad. Aunque las desigualdades económicas se amplifican con la crisis, el acceso a la atención sanitaria se resiste a ceder terreno. Según datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (EU-SILC EUROSTAT)⁷, en España el porcentaje de personas con necesidades no satisfechas de tratamientos médicos era pequeño antes de la crisis y similar entre el primer y el quinto quintil de renta (6,8% y 6,0% respectivamente en 2005), y entre 2005 y 2012 incluso se ha reducido (5,4% y 5,0% respectivamente)⁷.

Todavía tenemos escasa evidencia empírica de los efectos sobre las desigualdades sociales en salud, que ya existían antes de la crisis. Un estudio con los datos del censo de 2001 para Andalucía y seguimiento longitudinal de toda la población⁸ señala que desde el inicio de la crisis en 2008, los hombres con mayores niveles de estudios

redujeron sus tasas de mortalidad más que el resto. Este resultado, aunque pueda ser provisional, es importante porque representa la materialización de la crisis económica sobre las desigualdades sociales en salud.

Actualmente en España, el desempleo es un problema de salud prevalente. Los desempleados de larga duración tienen peor salud general y sobre todo mental que los ocupados. El desempleo mata⁹. Además, el deterioro de la salud mental de los desempleados parece haberse amplificado durante la crisis económica^{10,11}. Puesto que el escenario más probable de salida de la crisis es con altas tasas de desempleo y con desempleo crónico para personas definitivamente excluidas del mercado de trabajo, las políticas sociales de salud serán fundamentales en el futuro.

Sobre qué hacer, las secuelas a largo plazo y la agenda para los tiempos de recuperación no hay predestinación. Las políticas son capaces de cambiar el mundo. Algunas han amortiguado y acortado los efectos adversos las crisis económicas anteriores. Las redes sociales y el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud en estos períodos.

Puesto que los grandes riesgos están fuera del sistema sanitario, las vías de solución también. El movimiento Salud en Todas las Políticas (STP) sitúa la salud en el centro de la agenda política abogando por acciones intersectoriales¹² y ya se ha plasmado en algunas iniciativas públicas en España, como la política de seguridad vial, o el proyecto de regeneración urbana en Bilbao, que marcan la dirección a seguir y constituyen un buen ejemplo de cómo acciones intersectoriales pueden generar efectos tremendamente beneficiosos para la salud y para la equidad en salud.

Se necesita un marco de financiación estatal y autonómica estable con reglas del juego bien definidas, que permitan estable-

cer una “hoja de ruta” para los cambios y planificar con criterios de más largo plazo. Con esto minimizaríamos el riesgo de volver a caer en las dinámicas de expansión autopulsada de la oferta sanitaria de los años dos mil. Así como en la reforma de la seguridad social se contempla guardar en los años buenos del ciclo económico para afrontar los pagos de pensiones de los años malos por venir, en sanidad un marco estable de financiación y gasto podría conseguir el mismo propósito. También conviene huir de la mentalidad de silos presupuestarios y la STP puede ayudar a mantener un enfoque más transversal.

La crisis conlleva riesgos, incluyendo los de malas políticas, sea por ignorancia, por interés o porque la urgencia de reaccionar a los problemas a corto plazo relegue las grandes cuestiones, priorizando el crecimiento económico para salir de la crisis sobre las consideraciones de sostenibilidad y equilibrio a largo plazo. El buen gobierno es condición necesaria, y esencial, para el futuro del Sistema Nacional de Salud.

Aunque el porcentaje de gasto sanitario privado disminuyó entre 2007 y 2011, a medio y largo plazo hay cierto riesgo de privatización de la financiación sanitaria, con posibles consecuencias para la equidad. El gasto privado en sanidad incluye primas de seguros voluntarios, prestaciones no cubiertas y copagos así como gastos concurrentes. Habría que monitorizar los tres componentes y su distribución por grupos socioeconómicos. El aseguramiento de salud es el único ramo de seguros que está creciendo en España en número de asegurados y en volumen de primas. Entre 2008 y 2012 aumentó un 20,9%. El nuevo copago regulado en el Real Decreto Ley 16/2012¹³ podría estar resultando en una gran concentración del gasto privado en un grupo reducido de asegurados “activos” (para los que no hay tope mensual en su desembolso farmacéutico)¹⁴. Por otra parte, en España estamos inmersos en un fuerte proceso de concentración industrial

en la sanidad privada, representada por grupos de interés bien organizados y situados, y las cohortes de médicos jóvenes que no consiguen empleo en la red pública podrían buscar salida en la práctica privada, con retribuciones a la baja, haciendo aumentar el gasto privado concurrente y suscitando riesgos potenciales de dualización de la oferta y desigualdades sociales en utilización sanitaria.

Hasta ahora, la mortalidad no refleja consecuencias adversas de la crisis y los españoles siguen valorando positivamente el sistema sanitario. Pero hay que vigilar las consecuencias a largo plazo y los daños irreparables de la crisis sobre todo a causa de la pobreza, el desempleo vitalicio y la exclusión social.

Tradicionalmente, el sistema sanitario español se cualificaba como más equitativo que eficiente. El reto no es salir indemnes de la crisis sino que los daños colaterales en la periferia social sean mínimos. Para ello, en línea con las recomendaciones argumentadas en el informe AES¹⁵, identificamos las reformas institucionales hacia el Buen Gobierno y la monitorización de la equidad como elementos fundamentales. Monitorizar la dinámica de los promedios es necesario, pero mucho más monitorizar la evolución de las desigualdades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Claessens S, Kose M. Financial Crises: Explanations, Types, and Implications. International Monetary Fund WP13/28. Disponible en: <http://www.wimfor.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1328pdf> 2013.
2. Dávila Quintana C, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009;23:261-5.
3. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(3):280-2.
4. Main Tables. Eurostat. Income and Living Conditions Database. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi190&plugin=1>

5. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui M. Crisis económica, pobreza e infancia: ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños de la crisis"? . En: Informe SESPAS 2014, capítulo 20. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1 (en prensa).
6. Elsby M, Hobijn B, Sahin A, Valletta RG. The Labor Market in the Great Recession. NBER Working Paper 2011-2029. San Francisco: Federal Reserve Banks of San Francisco and Atlanta or the Board of Governors of the Federal Reserve System; 2011. Disponible en: <http://www.frbsf.org/publications/economics/papers/2011/wp11-29bk.pdf>.
7. Eurostat. Income and Living Conditions Database. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en
8. Ruiz Ramos M, Córdoba-Doña J, Bacigalupe A. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. En: Informe SESPAS 2014, capítulo 14. Gac Sanit. 2014;Suplemento 1 (en prensa).
9. Viciano F, Libroero J, Alonso-Lorenzo J, Lopez-Valcarcel BG, Hernandez-Mejía R, Ramiro-Fariña D. Impacto del desempleo sobre la mortalidad general: comparativa en las cohortes poblacionales de andalucía y asturias 2002-2008. Comunicacion. Alicante: Congreso de la SEE;2014.
10. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. Eur J Health Econ. 2014. [Epub ahead of print]
11. Gili M, García-Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. En: Informe SESPAS 2014, capítulo 16. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1(en prensa).
12. Kickbusch I. Health in all policies. BMJ. 2013;347:f4283. Epub 2013/07/05.
13. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Ley de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boe núm 98, de 24-04-2012.
14. Puig Junoy J, Rodriguez-Feijó S, Lopez-Valcarcel BG. Paying for Formerly Free Medicines in Spain after one Year of Co-payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions. Appl Health Econ Health Policy. 2014; Disponible en: <http://www.springer.com/home?SGWID=0-0-1003-0-0&aqId=2645138&download=1&checkval=95b798681d493ad7823257ae9f437c05>.
15. Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Barcelona: AES; 2013.