

Austeridad, inequidad y resiliencia en España

Austerity, health inequalities and resilience in Spain

James Macinko¹

¹Doctor en Salud y Política Social. Profesor, Department of Health Policy and Management and Department of Community Health Sciences, UCLA Fielding School of Public Health, University of California, EEUU. ✉ 

doi: 10.18294/sc.2018.1988

Discusión sobre: 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 Colectiva*. 2018;14(4):655-670. doi: 10.18294/sc.2018.1297

En su artículo, Spijker y Gumà⁽¹⁾ ofrecen una discusión interesante respecto de cómo la exposición a la crisis económica prolongada puede haber afectado la salud poblacional en España. Mientras que los resultados muestran efectos modestos en general, quizá la mayor contribución del estudio es la manera en que plantea preguntas importantes sobre la relación entre las crisis económicas y las políticas sociales que los gobiernos pueden adoptar (o no) y cómo estas reacciones a las fuerzas macroeconómicas contribuyen a dar forma al estado de salud de la población a lo largo del tiempo.

Para poder contextualizar estos hallazgos es importante comprender las fortalezas y debilidades del artículo y profundizar en las implicaciones para la salud pública de estos resultados. Las fortalezas del estudio incluyen el uso de encuestas representativas a nivel nacional que abarcan un periodo de 14 años, ofreciendo una perspectiva de largo plazo. Los modelos estadísticos desarrollados están diseñados para incluir tanto variables confusoras importantes, como demográficas

y económicas, con el principal indicador –exposición a los efectos negativos de las crisis económicas– operacionalizado como indicador cualitativo, a partir del autoreporte del encuestado sobre su capacidad de llegar a fin de mes. El uso de términos de interacción de tres factores es particularmente útil para aislar segmentos vulnerables de la población en relación con su estado de empleo, posición en el hogar y nivel de educación alcanzado, con el razonamiento de que aquellos con mayor exposición a los efectos de las crisis deberían experimentar los mayores cambios en su estado de salud.

La principal variable de resultado empleada es la salud autopercebida; el hecho de usar esta variable es otra de las fortalezas del estudio, dada la importancia de la medida en la predicción de muchos otros resultados. La salud autopercebida es relativamente fácil de medir, se ha mostrado como válida en diversos contextos y culturas, y es un fuerte predictor de mortalidad futura^(2,3,4). Se considera que sus determinantes comprenden el estado actual de salud, así como los comportamientos en salud, los estados psicológicos y el bienestar social. Estudios recientes han revelado diferencias relativas entre grupos poblacionales: la salud autopercebida parece tener mayor poder predictivo –respecto de la mortalidad– en grupos sociales de mayor nivel socioeconómico que en grupos socioeconómicos más bajos⁽⁵⁾ y tiene un poder más débil como predictor de la mortalidad en grupos de edad más avanzada en comparación con grupos más jóvenes^(6,7). Este es otro argumento en apoyo de la elección de los autores de excluir personas jubiladas (o cercanas a la edad jubilatoria) de su análisis.

Aunque la salud autopercebida es un poderoso indicador del estado de salud individual, el significado de cambios poblacionales en la salud autopercebida no es claro. ¿Cómo la crisis financiera podría haber llevado a cambios en la salud autopercebida?, ¿debido a la acumulación de condiciones agudas o crónicas no tratadas? Algunas de las respuestas de políticas en España incluyeron

medidas de austeridad dramáticas que redefinieron qué servicios se cubrirían en el sistema público de salud, introdujeron tarifas para los usuarios (copagos) para algunos servicios y medicamentos recetados, redujeron los salarios y beneficios de trabajadores de la salud del sector público y aumentaron sus horarios laborales, y redefinieron quiénes podrían percibir cuáles beneficios, entre otros⁽⁸⁾. Algunos de los recortes empleados probablemente afectarían a las poblaciones vulnerables más dependientes de provisiones regulares de servicios de salud. Sin embargo, más allá de los recortes sustanciales a los servicios públicos esenciales, la evidencia de su impacto parecería ser algo contradictoria, o recién emergente. Mientras que la implementación de medidas de austeridad llevó a una menor utilización de los servicios de salud, la mortalidad por condiciones consideradas evitables ante el cuidado médico no parece haberse deteriorado: de 2000 a 2014, España experimentó un descenso del porcentaje anual de mortalidad evitable por cuidados médicos del 3,4% en varones y 3,3% en mujeres⁽⁹⁾. Otros análisis sugieren que los impactos en los descensos en la provisión de cuidados de salud en algunos tipos de mortalidad son estadísticamente significativos pero de poca magnitud para la mayoría de las causas, salvo lesiones⁽¹⁰⁾. Un estudio más reciente sugiere que, luego de 2011, las tasas previas de mejoras en salud (medidas a través de la reducción de tasas anuales de mortalidad por todas las causas) pueden haberse desacelerado significativamente en España, llevando a un aumento en el número de muertes esperadas, si las tendencias previas a la crisis hubiesen continuado⁽¹¹⁾.

Quizá, la salud autopercebida sirva aquí como indicador del estado de la salud mental general, que sería consistente con la evidencia de mayor prevalencia de problemas de salud mental en España luego de los primeros años de la crisis económica⁽¹²⁾. O quizá, los resultados demuestran un descenso en la percepción de las personas respecto de la calidad global de sus vidas⁽¹³⁾. Si bien sería importante documentar cualesquiera de estos escenarios, los resultados actuales plantean

varias preguntas que requieren de mayor investigación.

Algunas de las elecciones analíticas de los autores limitan la posibilidad de comprender la magnitud y las posibles implicancias de los hallazgos del artículo. Por ejemplo, la salud autopercebida se midió utilizando una escala de cinco puntos; sin embargo, en casi cualquier estudio, se dicotomiza la variable por lo que cualquier cambio estadísticamente significativo en la variable (de muy buena/buena a regular/mala/muy mala) se interpreta como un efecto negativo en salud. Sin embargo, al hacer esto ya no sabemos la magnitud verdadera del cambio en el resultado. Quizás los cambios en las subpoblaciones que informaron salud autopercebida mala o muy mala implicaron un desplazamiento de 3 o 4 puntos, pasando de salud muy buena a salud muy mala. Podrían tranquilamente indicar también un cambio más pequeño de un punto, pasando de buena a regular. Tampoco se detectan cambios grandes dentro de las categorías (tales como uno de tres puntos entre salud “regular” a “muy mala”). El lector se pregunta si estos resultados indican un cambio grande en términos sustanciales o si en verdad solo reflejan un cambio menos severo (pero, sin embargo, significativo) de un punto en la escala de salud autopercebida. Mientras los resultados del estudio no se verían afectados por cualquiera que sea el verdadero escenario detrás de los cambios observados, las implicaciones para la salud pública pueden ser muy diferentes.

Aunque la complejidad de medir e interpretar medidas de desigualdad en salud está bien documentada, el campo aún no ha descubierto maneras más satisfactorias de sintetizar los resultados de estos distintos enfoques y esta limitación se ve en el presente estudio⁽¹⁴⁾. Aquí el *odds ratio* (OR), una medida de desigualdades relativas de salud de uso frecuente, está sujeta a ciertas dificultades cuando se evalúan las tendencias de desigualdad en el tiempo. Esto es porque la magnitud del OR puede verse afectada por cambios en la prevalencia de un resultado, cambios en la pertinencia del grupo, o una combinación de ambos factores. Dada la alta

prevalencia de mala salud autopercebida en España (que va del 16% al 26% de la población) el uso del OR puede exagerar el nivel global de las desigualdades relativas⁽¹⁵⁾. Por estos motivos, se suelen utilizar otros enfoques, tales como el cálculo del índice relativo de desigualdad. Este índice podría ser particularmente útil en este caso, dado que la medida toma en cuenta el hecho de que, en cada periodo, la participación en algunos grupos (tales como las personas sin empleo o posición en el hogar) también puede haber cambiado. Asimismo, el uso de una medida relativa de desigualdad solo “cuenta una parte de la historia”⁽¹⁶⁾. Para entender las implicancias que estos hallazgos tienen para la salud pública, es necesario medir además los cambios en las desigualdades absolutas, que se podrían obtener utilizando los mismos datos para calcular el índice de desigualdad de la pendiente u otra medida similar. Esto permitiría examinar la magnitud absoluta de los cambios observados para diferentes subgrupos de población en cada periodo, controlando por variables confusoras relevantes.

Dadas estas fortalezas y debilidades, ¿qué aprendizajes se pueden tomar del artículo? Como cualquier análisis que se pregunte acerca de la manera en que ciertas fuerzas mayores dan forma a la salud y el bienestar de los humanos, el artículo desafía al lector a pensar qué nos falta conocer todavía sobre los efectos sobre la salud de las llamadas políticas de austeridad y las desigualdades en salud. ¿Cuánto tiempo tardan en aparecer los efectos? ¿Son las medidas que reflejan el estado de salud mental (como la salud autopercebida) las que primero muestran estos impactos? ¿Los cambios en salud autopercebida ofrecen una indicación de ajustes a corto plazo a circunstancias difíciles, o presagian cambios más fundamentales en los estados de salud? Otra preocupación es si tales cambios son solo de corto plazo o no, si tendrán efectos a largo plazo si se producen a edades tempranas e incluso si hay efectos intrauterinos causados por el estrés materno. Aunque muchas veces los investigadores tienen que esperar a que se realicen los procedimientos oficiales de recolección de datos para luego

evaluar los impactos de las políticas en los resultados en salud –a veces años después de que ocurrieron–, abordajes más nuevos a estas preguntas, tales como microsimulaciones ex-ante, han empezado a ofrecer maneras de estimar impactos de las políticas macroeconómicas antes de que ocurran⁽¹⁷⁾. Desafortunadamente, el uso de estas técnicas aún está muy por fuera de la caja de herramientas ofrecidas en la mayoría de la formación en salud pública, por lo que frecuentemente estamos en la posición de documentar el pasado en vez de influenciar las políticas en tiempo real.

Finalmente, aunque está claro que deberíamos anticipar los efectos negativos de las crisis económicas y las políticas de austeridad que impactan injustamente sobre los más pobres, otra área importante que aún ha sido poco explorada es la observación de efectos en la salud mucho más grandes en España. Esto es, ¿la falta de cambios importantes en el estado de salud señala factores específicos que confieren mayor resiliencia a la población española, como su fuerte sistema de salud basado en la atención primaria; sus instituciones, como la familia, o la composición y las características del Estado de bienestar⁽¹⁸⁾? Es quizás igualmente importante comprender estos factores ya que pueden llevar a distintas intervenciones diseñadas para proteger las poblaciones de desastres futuros, tanto los naturales como los provocados por los hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 Colectiva*. 2018;14(4):655-670. doi: 10.18294/sc.2018.1297.
2. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(3):267-275.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(1):21-37.
4. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality?: towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*. 2009;69(3):307-316.

5. Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(6):1214-1221.
6. Benyamini Y, Blumstein T, Lusk A, Modan B. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*. 2003;43(3):396-405.
7. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*. 2003;56(12):2505-2514.
8. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346:f2363. doi: 10.1136/bmj.f2363.
9. Karanikolos M, Mackenbach JP, Nolte E, Stuckler D, McKee M. Amenable mortality in the EU-has the crisis changed its course? *European Journal of Public Health*. 2018. doi: 10.1093/eurpub/cky116.
10. Lopez-Valcarcel BG, Barber P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and fairness: lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2017;15(1):13-21.
11. Cabrera de León A, Rodríguez IM, Gannar F, Pedrero García AJ, González DA, Rodríguez Pérez MDC, Brito Díaz B, Alemán Sánchez JJ, Aguirre-Jaime A. Austerity policies and mortality in Spain after the financial crisis of 2008. *American Journal of Public Health*. 2018;108(8):1091-1098.
12. 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. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):103-108.
13. Lorenzo-Carrascosa L. The health of the elderly in Spain during the economic crisis. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2018;53(1):12-14.
14. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science & Medicine*. 1997;44(6):757-771.
15. Shrier I, Pang M. Confounding, effect modification, and the odds ratio: common misinterpretations. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015;68(4):470-474.
16. King NB, Kaufman JS, Harper S. Relative measures alone tell only part of the story. *American Journal of Public Health*. 2010;100(11):2014-2015.
17. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med*. 2018;15(5):e1002570. doi: 10.1371/journal.pmed.1002570.
18. Mari-Klose M, Escapas Solana S. Solidaridad intergeneracional en época de crisis: ¿Mito o realidad? *Panorama Social*. 2015;22:61-78.

FORMA DE CITAR

Macinko J. Austeridad, inequidad y resiliencia en España. *Salud Colectiva*. 2018;14(4):675-678. doi: 10.18294/sc.2018.1988.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.



Este artículo fue traducido al español por Vanessa Di Cecco con fondos del Subsidio para Publicaciones de Divulgación Científica (Acta N° 1459/17) de la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1988>